# Wie beginnen Geisteskrankheiten?

Von

Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**

Lublinitz (Schlesien).



Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1905.





## Einleitung.

Am 29. September 1903 fand die Einweihung des „Provinzial-Sanatoriums für Nervenkranke Rasemühle" bei Göttingen statt. Es wurde von der hannöverschen Provinzialverwaltung errichtet zur Aufnahme von minderbemittelten Nervenkranken aller Art. Die Aufnahme von Geisteskranken, Epileptikern und Selbstmordsüchtigen ist, wie es im Prospekt heisst, ausgeschlossen. Es ist in Deutschland die erste nichtprivate Heilanstalt für Nervenkranke; soweit ich orientirt bin, existirte auch in anderen Ländern bisher keine staatliche oder kommunale Anstalt für solche Kranke. Die Provinz Hannover ist mit dieser Neuerung in einer wichtigen und aussichtsreichen Richtung der öffentlichen Wohlfahrtspflege bahnbrechend vorgegangen. Während die Zahl der Nervenheilstätten für Wohlhabende eine überaus grosse ist und dem vorhandenen Bedürfnisse genügt, blieb die seit langem von Irren- und Nervenärzten als wünschenswerth bezeichnete Fürsorge für minderbemittelte Nervenkranke bis in die Gegenwart ein unerfüllbar scheinender Wunsch. Zum ersten Male wurde diese Idee verwirklicht mit dem Sanatorium „Haus Schönow" bei Berlin, dessen Entstehung mit den Namen Möbius, Laehr, Oppenheim, Berl u. a. verknüpft ist. Das Verdienst, innerhalb eines öffentlichen Verwaltungskörpers den gleichen Gedanken angeregt und mit Erfolg vertreten zu haben, gebührt dem Professor der Psychiatrie an der Göttinger Universität, Dr. A. Cramer, der zugleich Direktor der hannöverschen Provinzial-Irrenanstalt in Göttingen ist. In seiner beim 36. hannöverschen Provinzial-Landtage gehaltenen Rede*), in der er den Nutzen

*) A. Cramer, Die Prophylaxe in der Psychiatrie. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, Jahrgang V, S. 38.

einer solchen Anstalt begründete, führte er u. a. aus: „Wenn wir die Schriften über die Ursachen der Seelenstörungen studieren, so finden wir fast immer neben anderen Ursachen die erschöpfenden und aufreibenden Folgen eines erschwerten Kampfes ums Dasein. Arbeit, Kummer, Not, sociale und politische, Rassen- und Religionskämpfe, das überhastete Streben vorwärts zu kommen, sei es im Amt, sei es in der Industrie oder an der Börse durch Speculation, können den Menschen aufreiben. Es liegt auf der Hand, dass ein schwerer disponierter Mensch diesen Folgen eher erliegt, wenn noch andere unausbleibliche Schädlichkeiten, welche das alltägliche Leben mit sich bringt, hinzukommen, als ein wenig disponirter Mensch.“ Er führt dann weiter aus, dass solche Leute, wenn sie nicht Gelegenheit haben, bei Zeiten auszuspannen und sich zu erholen, früher oder später versagen, nervös werden oder gar einem geistigen Siechtum verfallen. „Das was wir als Nervosität bezeichnen, ist immer die Folge einer Störung in der Function des Gehirns. Dauert diese Funktionsstörung zu lange an, so kann sie chronisch und unheilbar werden und in Geisteskrankheit hinüberführen. Es sind nicht wenige Fälle von Geisteskrankheit, bei denen wir eine derartige Ursache, d. h. also das langsame Aufreiben im Kampfe ums tägliche Brot, erkennen können.“ . . . „Man muss sich klar darüber sein, dass ein Nervöser, welcher Heilung und Wiederherstellung in der Anstalt findet, wieder jahrelang seinem Berufe nachgehen kann und Werthe erwirbt, um sich und seine Familie zu erhalten; hat er diese Gelegenheit nicht, so wird er, wie ich ausgeführt habe, chronischem Siechtum verfallen und womöglich jahrzehntelang bis zu seinem Tode der Anstaltspflege bedürftig sein.“ „Wer es einmal gesehen hat, wie trostlos ein derartig nervös erschöpfter Kranker, der die Mittel zu einem Sanatorium nicht aufbringen kann, die Sprechstube des Arztes verlässt, der wird auch die Freude ermessen können, welche diese minder bemittelten Menschen haben werden, wenn in einem öffentlichen, gut eingerichteten Sanatorium Gelegenheit zur Erholung und Genesung gegeben wird. Es wird dadurch manche Thräne getrocknet und manche Sorge und bange Stunde von vielen Familien hinweggenommen werden. Nimmt man all das zu-

sammen, so wird man sich der Überzeugung nicht verschliessen können, dass nach dem alten Grundsatz, „der kluge Mann baut vor," die Provinz geradezu gezwungen ist, vom Standpunkte einer sachgemässen Vorbeugung in der Irrenpflege aus, ein derartiges Sanatorium zu errichten."

Jeder, der einigermassen mit den Verhältnissen und den Grenzen der öffentlichen Irrenfürsorge und Wohlfahrtspflege bekannt ist, wird sich angesichts dieser Anregung zunächst sagen, dass mit der Verallgemeinerung der selbst nur facultativen Fürsorge für unbemittelte Nervenkranke die Aufgaben der in Betracht kommenden Behörden um eine erhebliche vermehrt werden, da, wie allgemein bekannt, die Zahl der Nervenkranken eine sehr grosse ist. Eine gesetzliche Verpflichtung des Staates oder der Verwaltungen zur Übernahme dieser Fürsorge besteht gegenwärtig nirgends.

Und doch ist die Lösung des Problems, wie man dem unbemittelten Nervenkranken das verschafft, was der vermögende durch Aufenthalt in einem Kurhaus oder Erholungsort, ärztlichem Rath folgend, mühelos erreicht, eine unabweislich notwendige Sache.

Da schien es mir nun zunächst erforderlich, für den weiteren Aufbau dieses neuen Theils der Wohlfahrtspflege eine sichere Grundlage zu schaffen. Nicht als ob ich den Cramer'schen Ausführungen mit Zweifel begegnete oder fürchte, dass andere sich ihrer überzeugenden Kraft entziehen könnten; aber ich glaube, dass es nicht an allen Orten so leicht gelingen wird, ohne eine zahlenmässige Darlegung des Vorteils solcher Anstalten die gesetzgebenden Faktoren zur Verwirklichung jener Idee zu bewegen. Und zwar dürfte man vermuthlich erwarten, dass eine statistische Berechnung darüber Auskunft gibt, wieviele Nervenkranke, d. h. nervös erschöpfte — denn es handelt sich in der Hauptsache um solche — in einem bestimmten politischen Bezirk sich befinden, bei denen die Sache so liegt, dass durch eine Kur der Verschlimmerung und speziell einem etwaigen Verfall in Geisteskrankheit und geistiges Siechthum mit Aussicht auf Erfolg vorgebeugt werden könnte. So leicht es gewesen wäre, durch

Umfragen bei Ärzten annähernd Feststellungen zu treffen, so konnte ich mich doch dazu nicht entschliessen; das Ergebniss dieser Enquête könnte kaum für den Umfang der zu erbauenden einzelnen Anstalten von Einfluss und Bedeutung sein.

Wichtiger und zuvor zu erledigen ist die Frage, inwieweit gehen überhaupt nach dem heutigen Stande unseres Wissens Geisteskrankheiten aus Nervenkrankheiten hervor, — wieweit ist dies namentlich bei der nervösen Erschöpfung der Fall, — welche Gesetzmässigkeit waltet dabei ob? Aus Zweckmässigkeitsgründen fasse ich diese Fragen allgemein dahin zusammen:

## Wie beginnen Geisteskrankheiten?

Zur Klärung schicke ich voraus, dass absichtlich nicht weiter in die theoretische Betrachtung eingedrungen wird, jede Geisteskrankheit sei doch eigentlich schon als solche eine Nerven-, ja sogar eine körperliche Krankheit, weil ihr Substrat, die gestörte Nervenfunktion, etwas krankhaft verändertes Körperliches ist. Damit wäre der Gegenstand leicht zu erledigen. Den thatsächlichen Erfordernissen und der Praxis gegenüber müssen wir hier die Dinge vorläufig so nehmen, wie sie zu den Begriffen und Voraussetzungen des praktischen Lebens liegen, zu Willensfreiheit, persönlicher Freiheit etc.

Auch habe ich versucht, die nachstehenden Ausführungen möglichst so zu gestalten, dass Nichtärzte durch wissenschaftliche Ausdrücke von der Lectüre nicht abgeschreckt werden.

Trotz vielfacher in der Fachliteratur gehaltenen Umschau nach etwaigen Feststellungen darüber, inwieweit Geisteskrankheiten aus Nervenschwäche gesetzmässig hervorgehen, konnte ich nichts Einschlägiges finden; man stösst sehr häufig auf die — nicht durchweg zutreffende — Behauptung, dass andauerndes Nervensiechthum schliesslich zu Geistesstörung führt, aber systematisch ist diese Frage noch nicht bearbeitet und beantwortet worden. So habe ich zunächst meine Zuflucht zu den maassgebendsten Lehrbüchern der Irrenheilkunde, in denen sich der Niederschlag unseres psychiatrischen Wissens findet, genommen und bei der Schilderung des Verlaufes der einzelnen Krankheits-

gruppen nachgesehen, ob und welche Krankheits-Vorboten nervöser Natur bei letzteren als empirisch bekannt und feststehend bezeichnet sind — eine Arbeit, die vielleicht Manchem nicht „wissenschaftlich"-originell erscheinen mag, die aber einmal erledigt werden muss und von der ich hoffe, dass sie zur genaueren wissenschaftlichen Erforschung der allerersten Äusserungen der geistigen Erkrankungen den Anstoss geben möchte. Zuletzt soll die Schlussfolgerung und die Nutzanwendung stattfinden.

v. Krafft-Ebing gibt seiner Ansicht über dieses Thema noch in der 1903 erschienenen siebenten Auflage seines Lehrbuchs der Psychiatrie wie folgt Ausdruck: „Ueber die prämonitorischen Erscheinungen des Irrsinns weiss die Psychiatrie wenig Positives. Solange diese nicht Gemeingut der practischen Ärzte geworden ist, geht dieses wichtige Stadium unbeachtet und unbeobachtet vorüber und müssen Pathogenese und Prophylaxe fromme Wünsche bleiben . . . . . Da wo günstige Verhältnisse für eine frühzeitige und sachverständige Beobachtung vorhanden sind, zeigt sich fast immer, im Gegensatze zu den Anschauungen der Laien und Nichtfachärzte, die die Krankheit als eine plötzlich ausgebrochene hinstellen, eine auf Wochen, Monate, selbst Jahre zurückreichende, succesive, die Krankheit vorbereitende Störung der cerebralen und im engeren Sinne psychischen Functionen." v. Krafft-Ebing bezeichnet es als Erfahrungsthatsache, dass das chronische Irresein nicht mit inhaltlichen Störungen des Vorstellungslebens (Wahnideen, Sinnestäuschungen) beginnt, sondern mit affectiven Störungen, mit anomalen Stimmungen und Zuständen geänderter Gemütserregbarkeit. Die anfängliche Verstimmung ist zuweilen physiologisch, d. h. durch einen ursächlich wirkenden deprimirenden Anlass bedingt, zuweilen pathologisch, nämlich die Reaktion auf das Gefühl der beginnenden geistigen Krankheit, auf das Gefühl der Hemmung im Vorstellen, auf das Bewusstwerden der verminderten geistigen Leistungsfähigkeit.*) Um ein melancho-

*) Wie erschütternd oft dieses blosse Bewusstsein wirkt, lehren die häufigen Beispiele von Selbstmord aus dem Motiv der beginnenden Geisteskrankheit.

lisches Vorstadium handelt es sich bei dieser Verstimmung nicht. Die Störungen des Vorstellungsablaufes, welche als Vorläufer einer geistigen Erkrankung vorkommen, sind im wesentlichen formaler Art (Hemmung und Erschwerung des Denkens, Zerstreutheit, usw.), betreffen dagegen nicht den Inhalt derselben, abgesehen von Ahnungen und Befürchtungen. Sehr häufig kommt es aber vor, dass sich die psychischen Erzeugnisse des erkrankenden Gehirns bereits lange im Traumleben zeigen, noch ehe im wachen Zustande deutliche krankhafte Stimmungen und Gedankengänge beobachtet werden. Dies ist leicht erklärlich, da im Schlaf das corrigirende Überwiegen der tausendfachen Einwirkungen der Aussenwelt über die durch den Krankheitsprozess bedingten inneren Erregungen der Psyche wegfällt.

Nach Giessler*), der ein hervorragender Kenner der Traumvorgänge ist, deuten oft Träume beginnende Geisteskrankheiten an und bilden prognostische Symptome für das Bestehen von Geisteskrankheiten, welche bisher noch im Unterbewussten wirkend im Begriff sind, das Bewusstsein des wachen Lebens zu ergreifen. Die in diesen regelmässig wiederkehrenden Träumen verarbeiteten Gedanken beziehen sich auf Grössenwahn, Gattenuntreue, Sturz ins Meer, in Abgründe, Verfolgungen, Anblick eines schrecklichen Ereignisses im Anschluss an ein solches Erlebniss im Wachen usw. Bei an der Grenze des Irreseins befindlichen Individuen bleiben die Wahnideen auf den eigentlichen Traumzustand beschränkt oder die Traumbilder beharren noch einige Zeit nach dem Erwachen.

Als frühen Ausdruck sich bildender Ernährungs- und Circulationsstörungen im Gehirn führt v. Krafft-Ebing an Kopfweh, Schwindel, Störung des Schlafes, geistige Ermattung und Unlust, Gemüthsreizbarkeit oder gemüthliche Gleichgiltigkeit, Apathie oder Unstetigkeit; ein allgemeines Gefühl des Unbehagens, ähnlich dem Zustand kurz vor dem Ausbruch einer schweren fieberhaften Krankheit, Gefühl körperlicher Schwäche, sensible und sensorielle Hyperästhesie,

---

*) Giessler C. M., Analogien zwischen Zuständen von Geisteskrankheit und den Träumen normaler Personen. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 59. 1902. S. 886.

auraartige Hitzegefühle; als Symptome begleitender Störung der vegetativen Prozesse Verdauungsstörungen, Appetitlosigkeit, Gelüste nach sonst nicht begehrten Speisen und Genussmitteln (Alkohol).

Schüle*) sagt: „Wir erlernen nun weiter aus der Tages-Erfahrung, dass die Primärpsychosen des rüstigen Nervenlebens ausnahmslos mit einem melancholischen Vorstadium beginnen, welches sich gemeinhin nach dem Typus eines normalen depressiven Affects aufbaut und entwickelt.“ Es ist die natürliche Reaction, mit welcher das Ich auf jede innerlich gefühlte Änderung, am intensivsten diejenige seiner psychischen Situation, antwortet. Bei anderen Krankheitsformen fehlt dieses depressive Stadium ganz oder beinahe; sie setzen alsbald mit den Zeichen einer tiefen Hirnstörung ein. Gleichwohl ist es gerade das Verdienst Schüles und eine der hervorragenden Eigenarten seiner Darstellung, bei einer grossen Reihe von Geisteskrankheiten auf den dem eigentlichen Beginn der letzteren voraufgehenden „Status nervosus“ hingewiesen zu haben**).

Zum Gegenstand eines speziellen und eingehenden Studiums sind die Prodromalstadien der Geisteskrankheiten selten gemacht worden. Beim Durchsuchen der Literatur finde ich, dass O. Müller***) (Blankenburg) sich wiederholt mit diesem Thema beschäftigt hat. Als Direktor der Privatheilanstalt für Nervenkranke zu Blankenburg a. H. hatte er offenbar viel Gelegenheit zu einschlägigen Beobachtungen; denn die Geisteskranken besserer Stände treten im Beginn der Erkrankung gewöhnlich

---

*) Klinische Psychiatrie. 1886. 3. völlig umgearbeitete Auflage. Leipzig. F. C. W. Vogel.

**) Nach F. C. Müller, Handbuch der Neurasthenie, 1893. S. 27, 31, ist der Ausdruck Status nervosus zum ersten Male von Sandras in seiner Arbeit: Taité pratique des maladies nerveuses, Paris, 1851, gebraucht und von Bouchut durch Nervosismus ersetzt worden, der auch von einem état nerveux aigu und chronique spricht: De l'état nerveux dans sa forme aigue et chronique. Bull. de l'Acad. de méd. 1857 und De l'état nerveux aigu et chronique ou nervosisme appelé névropathie. Paris 1860. Der état nerveux chronique dürfte der späteren Neurasthenie am meisten entsprechen.

***) O. Müller, Beiträge zur Kenntniss der Prodromalstadien der Psychosen. Vortrag im psychiatrischen Verein zu Berlin. 15. XII. 1875, Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie 1877 und: Ueber die initialen Formen der Psychosen. Ebenda 1888.

in Nervenheilanstalten ein, beim Ausbruch der Geisteskrankheit verbleiben sie hier, wenn die Anstalt eine Irrenabteilung hat, oder werden in eine Privatirrenanstalt überführt. So verhält es sich auch heute noch; beim Gros der Geisteskranken, d. h. den in die öffentlichen Irrenanstalten gelangenden, ist es weniger leicht möglich, den noch im Bereich des Nervösen liegenden Beginn der Krankheit zu beobachten.

Müller führt aus, „dass zahlreiche Patienten psychisch leidend sind ohne geistig gestört zu sein, dass derartige Zustände lange Jahre hindurch andauern können, ohne dass eine Trübung des Krankheitsbewusstseins, ein Verlust der Objectivität diesem Leiden gegenüber auftritt“. „Zu einer Zeit, wo das betreffende Individuum sich noch der scheinbar vollen Gesundheit erfreut, zeigen sich Schwankungen periodischer Natur, krankhafte Reizzustände und beginnende psychische Schwächeerscheinungen, welche als der erste Keim der beginnenden Krankheit die grösste Aufmerksamkeit verdienen, leider aber aus Unkenntnis, falscher Scham, unter dem Drucke der Berufsgeschäfte, der Familienverhältnisse wegen, zu lange verschwiegen werden bis sie sich zu wirklichen Geistesstörungen ausbilden.“ Er führt als Anfangsstörungen auf: hartnäckige Schlaflosigkeit, Verstimmungszustände abwechselnd mit Erscheinungen gesteigerter Reizbarkeit, Furcht geisteskrank zu werden, psychische Unsicherheit, die in immerwährenden Schwankungen sich auf der Grenzlinie zwischen periodischer Gesundheit und Krankheit bei gesteigerter Selbstbeobachtung bewegt. Hypochondrische, melancholische, hysterische Zustände und solche, in denen die Willenskraft ganz darniederliegt; gesteigerte Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, exaltiertes Wesen, Anfälle von Präcordialangst, Zustände psychischer Hast und Ruhelosigkeit, krankhafte religiöse Richtung usw. Es giebt Psychosen, welche sich mit blitzartiger Geschwindigkeit entwickeln, aber in der bei weitem grösseren Zahl sind die Fälle mit monate- und jahrelangem Vorstadium. Müller meint gegenüber der Ansicht von dem melancholischen Vorstadium der Psychosen, dass es zahlreiche solche gebe, bei denen es völlig fehlt und eine genauere Analyse dieser Zustände zeige, dass „gewissermaassen alle verschiedenartigen psychischen Lebenserscheinungen über das ge-

wöhnliche Maass gesteigert oder unter dasselbe herabgesetzt als beginnende Psychose betrachtet werden müssen.“ Die noch in der Breite der psychischen Gesundheit liegenden leisen Schwankungen der Stimmungen, des Interesses, der Energie werden durch die dem Organismus innewohnende Lebensenergie wieder ausgeglichen; sie brauchen nur stabil zu werden, um als Krankheit gelten zu können.

Im Anschluss hieran möchte ich eine — späterhin wie es scheint nicht berücksichtigte — Arbeit von W. Zenker*) anführen, wonach das Element der „persönlichen Beeinträchtigung“ (die Vermutung einer persönlichen Schädigung), welches bei den überwiegend meisten, wenn nicht allen Geisteskranken in die Erscheinung trete, „in den Krankheitsstadien, welche Wahnideen, Hallucinationen und zweifellose Verfälschung des Vorstellungslebens oft noch vermissen lassen, in der Regel bereits deutlich in das Auge springt und mindestens vermuthen lässt, welcher Sturm im Anzuge ist. Mit ihm ist uns also gerade in den Fällen der zweifelhaften psychischen Freiheit und besonders im Beginne der Psychosen ein diagnostisches Mittel an die Hand gegeben, dessen wir nicht entrathen können.“

Irrthümlich wird der Beginn der Wahnbildung mit den dadurch bedingten Reactionen auf die Aussenwelt für den eigentlichen Ausbruch der Krankheit, für die Hauptsache gehalten; meist ist es freilich zugleich der Zeitpunkt, von dem ab die Behandlung in einer Anstalt nöthig wird.

Die Wahnbildung bezeichnet aber in vielen Fällen von Geisteskrankheit bereits das Endstadium**). Man kann sie vergleichen mit der Narbenbildung, mit der Bildung von Gewebe zur Deckung von durch Geschwüre und andere destructive Prozesse (Verbrennung) gesetzten Hautdefecten. Diese surrogatmässige Schutzdecke auf den Trümmern der Seele verdankt

*) Wilhelm Zenker (Leubus). Von dem psychischen Krankheits-Elemente der persönlichen Beeinträchtigung. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie 1877.

**) Aehnlich liegt die Sache bei der Epilepsie. Das Einsetzen der Krämpfe entspricht dort dem Moment der Wahnbildung; auch dem Ausbruch der Krämpfe ist gewöhnlich ein sehr langes Vorstadium, (Kopfschmerzen, Schwindel etc. vorangegangen.

einer Art schlechter Naturheilung oder ungenügender Selbsthilfe des Organismus ihre Entstehung. Je grösser diese Schutzdecke oder je ungünstiger ihr Ort, desto schlimmer für ihren Besitzer. Ist es beim Menschenthum anders, wenn sich über Klüfte und Abgründe des Zweifels an dem Grund unseres Daseins eine feste Decke des Glaubens ausbreitet, bei schwachen Seelen für den dauernden Gebrauch, bei starken für den Notfall?

Als Grund dafür, dass man im letzten Jahrzehnt oder in den letzten zwanzig Jahren diesen nervösen Hintergrund der Geisteskrankheiten weniger berücksichtigt findet, glaube ich noch besonders anführen zu müssen, dass in der neuesten Zeit durch die vielen, ebenso sensationellen, wie ungerechtfertigten Beschuldigungen der Irrenanstalten und ihrer Ärzte, Geistesgesunde festzuhalten, es auch jedem practischen Arzt, welcher für einen Geisteskranken das Attest zur Aufnahme in eine Anstalt auszustellen hat, die Hauptsache erscheint, die Punkte, welche die psychische Seite des Kranken, seine Gefühle und Vorstellungen, und seine Gemeingefährlichkeit oder Hilflosigkeit betreffen, hervorzuheben, damit er nicht in den Verdacht kommt, einem nur nervenkranken, aber geistesgesunden Menschen in die Anstalt zu verhelfen. Für die Anstaltsärzte geht dadurch ein wissenschaftlich wie practisch wichtiges Material verloren; es ist für sie schwer, fern ab von den Angehörigen des Kranken, der selbst oft nicht mehr über den Beginn des Leidens Auskunft geben kann oder in dessen Psyche man nicht bereits in Vernarbung begriffene Wunden wieder öffnen will, das Übel bis auf die ersten Anfänge zu verfolgen. Daher habe ich auch bald von dem Versuche Abstand genommen, aus den ärztlichen Aufnahmeattesten der in die Anstalt eingebrachten Geisteskranken eine statistische Erhebung anzustellen über die den Erkrankungen voraufgegangenen Vorboten, deren Art, Dauer etc*).

---

*) Das soll kein Vorwurf für die praktischen Arzte sein. Man verlangt heute gar zuviel von ihnen. Jeder Spezialist, welche Zweige der Medizin er auch cultivirt, beansprucht von ihnen Wissen und Können auf seinem Gebiete, um es schliesslich übel zu nehmen, wenn sie Spezialfälle behandeln. Dazu die kritische soziale Lage der praktischen Aerzte. Ich selbst zolle ihrem oft bewundernswerth vielseitigen Können und Wissen die vollste Achtung.

* * *

Es sollen nun die Vorläufererscheinungen der wichtigeren psychischen Krankheitsformen dargestellt werden.

Bei dem sogen. Frühblödsinn (Dementia präcox)*), einer durch ziemlich schnellen Uebergang in Verblödung gekennzeichneten Geisteskrankheit, lassen sich nach Kraepelin**) die ersten Spuren oft genug bis in das 12. Lebensjahr und noch weiter zurückverfolgen. Von der Umgebung des Kranken wird dessen Veränderung nicht als etwas Krankhaftes, sondern nur als eine unglückliche Entwicklung oder als Charakterfehler betrachtet, da sich die Störung zunächst nur in einem Nachlassen der allgemeinen geistigen Leistungsfähigkeit oder als Schlaffheit, Launenhaftigkeit, Interesselosigkeit äussert und nur die feineren psychischen Prozesse beeinträchtigt. Den Gedanken an eine Krankheit, wenn auch an keine ernste, erwecken erst die nun folgenden Störungen mehr körperlicher Natur, wie Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schwindelgefühl. Die damit gleichzeitig stärker auftretenden Störungen in den elementaren psychischen Funktionen wie leichte Ermüdbarkeit, Verstimmung und

---

*) Diese — jetzt viel gebräuchliche — sehr zutreffende Bezeichnung: Dementia präcox stammt von H. Schüle, der sie schon 1885 mit der bestimmten Beziehung auf die rasch, gewissermassen gewaltsam verblödenden Psychosen der Pubertät gebrauchte (Klinische Psychiatrie pag. 451, 452; auch pag. 14 und 250). Die biologischen Grundlagen der Psychosen betonend, sah er in diesem Ausgang die Folge einer knapp bemessenen hereditären Mitgift und fasste ihn somit als klinische Form einer „degenerativen“ Anlage auf. Es dürfte jedenfalls richtiger sein, den Ausdruck Dementia präcox in der von Schüle gegebenen Umgrenzung anzuwenden statt ihn auch auf Formen von Paranoia und constitutionelle Psychopathien auszudehnen.

**) Kraepelin, Psychiatrie. Ein Lehrbuch. Leipzig. 1904. VII. Auflage. Eine eingehende Darstellung siehe auch in: Trömner, das Jugendirresein. Halle 1900 C. Marhold, und Max Jahrmärker, Zur Frage der Dementia präcox. Ebenda.

Stimmungswechsel, Gereiztheit, Verschlossenheit, Zerstreutheit, Vergesslichkeit, Unstetheit, traumhaftes, zügelloses Dahinbrüten, Frömmelei scheinen dem unkundigen Beobachter zunächst noch abhängig von jenen körperlichen Beschwerden, während sie thatsächlich mit ihnen zusammen das Bild des Anfangsstadiums einer höchst ungünstig verlaufenden Geisteskrankheit darstellen, die in schnellem Tempo durch Sinnestäuschungen, Wahnideen und Erregungszustände zu schwerer Schädigung, ja häufig zu Vernichtung der gesamten psychischen Persönlichkeit, zu Schwachsinn führt.

Auch die durch reichlichere Wahnbildung sich hervorhebende Art des Frühblödsinns (Dementia paranoides) beginnt nicht mit Wahnideen, sondern mit leichter Verstimmung, Kopfschmerzen, Mattigkeit, Schlaflosigkeit, Unlust zur Arbeit, Reizbarkeit und innerer Unruhe, also Erscheinungen, die ein nervöses Gepräge tragen. Nachdem dieselben Wochen oder selbst Monate lang angedauert, tritt die eigentliche Geisteskrankheit unter ängstlichen Erregungszuständen, Verfolgungs- und Grössenideen, wirren Reden und Sinnestäuschungen, besonders des Gehörs, zu Tage. Meist endet die Krankheit nach Monaten oder Jahren in Schwachsinn und Verwirrtheit.

Wie richtig die frühzeitige Erkennung dieser Erkrankung ist, zeigt der Umstand, dass in manchen Irrenanstalten ca. 20% aller Aufnahmen daran leiden, und, da die Krankheit das Leben selbst nicht gefährdet, fast immer aber den von ihr Betroffenen zu einem pflegebedürftigen Menschen macht, die Mehrzahl der Anstaltsinsassen auf sie entfällt. Es handelt sich bei dieser Krankheit keineswegs um einen von Kindheit an bestehenden Schwachsinn, der sich etwa in den späteren Jahren verschlimmert hätte, sondern wie eine darauf gerichtete Untersuchung ergab, waren bei circa zwei Dritteln der Erkrankten die ursprüngliche geistige Begabung eine gute, darunter bei einem beträchtlichen Theile sogar eine vorzügliche; bei circa einem Drittel war sie eine leidliche oder mässige, nur eine kleine Zahl war von Jugend auf schlecht begabt oder schwachsinnig.

Da dem Frühblödsinn ein aus unbekannter Ursache mit

zwingender Notwendigkeit hereinbrechender Untergang *) der feinsten Nervenzellen und Nervenfasern und ihrer Verbindungen im Gehirn zu Grunde liegt, so folgt daraus, dass bei der Absicht, auf welche Weise immer heilend einzuwirken, alles Erregende und Anstrengende in körperlicher wie seelischer Hinsicht vermieden werden muss. Von Laien wird häufig nur der Antheil, den die Stimmung an dem Krankheitsbilde, besonders im Beginn hat, beachtet, der Patient als gemüthskrank angesehen und dementsprechend mit Zerstreuung, Beschäftigung usw. behandelt; die Beeinträchtigung der übrigen seelischen Functionen wird übersehen. —

Verhältnissmässig genau unterrichtet sind wir über den Beginn der progressiven Paralyse (fortschreitenden Gehirnlähmung)**).

Hier gehen greifbare Symptome von Seiten des Nervensystems sehr lange Zeit, sogar 10 Jahre lang, dem Beginn der psychischen Störungen voraus, nämlich reflectorische Pupillenstarre, Fehlen der Patellarsehnenreflexe, lancinirende Schmerzen, Sehnervenschwund. Diese Symptome gehören allerdings der Rückenmarkschwindsucht an und es muss bemerkt werden, dass es nur ein sehr kleiner Bruchtheil der Fälle von Rückenmarkschwindsucht ist, bei denen später ein Uebergang in progressive Paralyse stattfindet. Aber auch in sehr vielen Fällen von progressiver Paralyse, die nicht mit Rückenmarkschwindsucht combinirt sind, treten einzelne jener Symptome sehr frühzeitig auf. Dies gilt besonders von den Störungen der Pupillen, die sich in 70% der Fälle von Paralyse oft schon viele Jahre vor dem ersten Auftreten der psychischen Symptome fanden, und zwar: sehr enge Pupillen, erhebliche Ungleichheit der Pupillenweite, besonders aber die schon genannte reflectorische Pupillenstarre (Ausbleiben — ein- oder beiderseitig — der Verengerung der Pupillen bei Lichteinfall neben Erhaltensein der

---

*) Da derselbe bei einem bestimmten Punkte stillstehen bleibt, so muss es sich um die Vernichtung und den Ausfall eines ganz bestimmten Systems anatomischer Elemente handeln.

**) A. Hoche, Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Halle a. Saale 1900, C. Marhold. II. Auflage.

Beweglichkeit bei Accommodation und Convergenz als Folge der centralen, der Leitung des physiologischen Reflexvorganges dienenden Verbindungen zwischen Opticusendigungen und Oculomotoriuskernen). Besonders wichtig sind diese Pupillensymptome, wenn noch träge Pupillenreaction daneben vorhanden ist.

Im Frühstadium der Paralyse sind die Kniesehnenreflexe häufig gesteigert (seltener fehlen sie), die Potenz geschwächt, auch Blasenstörungen kommen vor.

Zuweilen treten noch vor dem Ausbruch deutlicher psychischer Symptome epileptiforme Anfälle (nach Art des petit mal) auf: Erblassen, Ohnmachtsanwandlungen, plötzliches Schwindelgefühl, kurzer Bewusstseinsverlust oder leichteste Schlaganfälle, flüchtige, unbemerkt oder im Schlafe einsetzende, Lähmungen leichten Grades mit rasch vorübergehender Beeinträchtigung der Sprache, ein plötzlich kommendes Gefühl von Einschlafen einer Körperseite oder eines Beines oder Armes oder Parästhesien. Articulatorische Sprachstörung, Störungen der Schrift, Tremor der Zunge, der Finger, der Gesichtsmuskeln etc., Kopfschmerzen, Kopfdruck, hartnäckige Schlaflosigkeit sind ebenfalls Frühsymptome. Aber auch die eigentlichen psychischen Störungen entwickeln sich meist langsam aus den allerleisesten Anfängen neurasthenischer Depression mit Angstzuständen und Ahnungen einer drohenden schweren Geisteskrankheit, gesteigerter Reizbarkeit (z. B. „gegenüber dem Kleinkram der täglichen Durchquerungen des Wollens"), verminderter Resistenz gegen Hitze, gegen Alkohol. Geringe Nachhaltigkeit neben erhöhter Labilität der Affecte; Abnahme der allgemeinen psychischen Leistungsfähigkeit im Beruf, besonders des Gedächtnisses und der Urtheilskraft; Verminderung der ethischen und ästhetischen Gefühle; Einbusse der eigenen Initiative neben leichter Bestimmbarkeit. Verschwenderische, plan- und kritiklose Einkäufe und Geldausgaben, unsinnige Projecte, auch Heiratsprojecte — Dinge, die der Kranke in einem Zustande krankhaft heiterer Stimmung und krankhaften Lustgefühls unternimmt, erwecken meist zuerst den Verdacht, dass eine schwere Geisteskrankheit vorliegt, während mit diesen Erscheinungen die letztere sich bereits inmitten ihres traurigen Verlaufs befindet. Bis dahin gelten solche Kranke häufig als Nervenkranke, als nervös überreizt und besuchen die ver-

schiedensten Kuranstalten — meist ohne Erfolg. Es ist in der That oft sehr schwer, manchmal sogar unmöglich, die allerersten Anfänge der progressiven Paralyse von einer Neurasthenie zu unterscheiden, zumal nicht selten die Neurasthenie der progressiven Paralyse vorausgeht. Bekanntlich hat bei der Mehrzahl der Paralytiker in früheren Jahren Syphilisinfection stattgefunden; und man sagt, dass ceteris paribus bei den früher Syphilitischen sich progressive Paralyse, bei den nicht Inficirten eine einfache Neurasthenie entwickelt; doch trifft dies nicht für die Regel zu. Wenn neben der Neurasthenie Störungen des Gedächtnisses, der Orientirung, moralischer Rückgang, zeitweilige unmotivirte Euphorie mit Selbstüberschätzung auftauchen, so ist der Verdacht auf progressive Paralyse begründet. Besonders wichtig ist aber eine etwa vorhandene reflectorische Pupillenstarre.

Thomsen*), der sich ebenfalls mit dieser Frage beschäftigt hat, bemerkt, dass neurasthenische Erscheinungen (Ermüdbarkeit, Reizbarkeit, Unentschlossenheit, Unsicherheit des Gedächtnisses, Störungen des Schlafes, der Ernährung, Kopfschmerzen, Neuralgien, Störungen der Stimmbildung etc.) oft genug „Frühsymptome“ der progressiven Paralyse sind und daher niemals ohne Weiteres leicht aufgefasst werden sollten, namentlich nicht bei Männern im besten Lebensalter, die früher syphilitisch waren und bei denen genügende ätiologische Momente für eine Ueberanstrengung des Gehirns fehlen. Diese Frühsymptome allgemein nervöser Natur lassen sich viele Jahre rückwärts vor dem Ausbruch der Krankheit verfolgen. Auch die typische Charakterveränderung wurde in mehreren Beobachtungen 2, 3, ja 4 und 5 Jahre vor dem Krankheitsausbruch constatirt. —

Bei der Entwicklung der Melancholie gehen nach Kraepelin meist Monate, bisweilen selbst Jahre lang nervöse Symptome verschiedener Art vorauf: Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Mattigkeit, Schwere in

*) Thomsen, Ueber paralytische Frühsymptome, welche dem Ausbruch der Paralyse bis zu 10 Jahren vorausgehen. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. 25. Band. 1896. S. 889.

den Gliedern, Herzklopfen, Ohrensausen, Arbeitsunlust, ehe diejenigen Erscheinungen einsetzen, welche das Krankheitsbild charakterisiren, nämlich Traurigkeit, unmotivirte Befürchtungen, Selbstanklagen, Versündigungsideen, Lebensüberdruss, Neigung zu Selbstmord. Schüle (Klinische Psychiatrie) lehrt, dass dem eigentlichen Ausbruch der Krankheit „körperliche Beschwerden" in der Regel vorausgehen, worunter Kopfweh und vage „rheumatoide" Empfindungen am meisten geklagt werden, anderemale Schwindel, Kopfdruck, Verstopfung der Ohren, Globusgefühle im Hals, Zittern an Armen und Füssen, welches „schliesslich im Kopf und auf der Brust sitzen bleibt."

Um die genauere Kenntniss dieser in die Entwicklungszeit der Melancholie und Zustände melancholischen Charakters fallenden sensiblen Störungen hat sich Tigges*) (1883) verdient gemacht, nachdem vorher Schüle**) in gewissem Sinne darauf hingewiesen hatte. Es handelt sich um subjective, zum grössten Theile schmerzhafte Empfindungen, die oft mit Druckempfindlichkeit der betreffenden Stelle verbunden und nur in seltenen Fällen als Reflex-(Irradiations-)Erscheinungen, gewöhnlich als Ausdruck eines Erethismus (einer gesteigerten Erregbarkeit und wirklichen Erregung) des Rückenmarks aufzufassen sind, eines Erethismus, der entweder als mehr selbständig oder meist vom Gehirn aus fortgeleitet betrachtet werden muss. Die Verbreitung dieser Sensationen ist entweder eine eng auf den Kopf (Kopfschmerz, Kopfdruck) oder einen bestimmten Nerven begrenzte oder eine mehr oder weniger ausgedehnte. Solche Kopfschmerzen und Sensationen sind bei einer Gruppe von Fällen ein constitutionelles oder mehr vorübergehendes Leiden, ohne eine nähere directe Beziehung zur späteren Geistesstörung; bei einer anderen Gruppe ist der Kopfschmerz das Zeichen des beginnenden Gehirnleidens, dessen psychische Erscheinungen sich erst später herausstellen oder bemerkt werden; bei einer dritten Gruppe sind diese Sensationen durch Erkrankungen im Bereich der peripheren Nerven verursacht und rufen bei disponirten Individuen mehr oder weniger direct oder indirect die spätere

*) Tigges, Die Störungen im Bereiche des peripheren Nervensystems bei Geisteskranken. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 39. 1883. S. 153.

**) Schüle, Dysphrenia neuralgica. 1867.

Geistesstörung hervor. Bei allen diesen Gruppen hören diese Sensationen mit Ausbruch der Geistesstörung in einem grossen Theil der Fälle auf. In einer vierten Gruppe erscheinen die Sensationen als sensible vom Rückenmarkssystem auf das Gehirn sich weiter verbreitende Störungen, z. B. sehr ausgesprochene Neuralgien an den verschiedensten Körperstellen, im Leibe, in der Brust etc., Erbrechen, Herzklopfen, Steifigkeit im Rücken, in den Gliedern, Zittern, Zuckungen oder tonischer Krampf in einzelnen Gliedern, zwangsmässige Bewegungen, die sich nach ausgebrochener Psychose mildern oder zum Theil ganz zurück treten. Die Sensationen erscheinen nicht selten zu bestimmter Tageszeit oder exacerbiren. In einem Falle traten sie eine Zeit lang mit dem Anschein einer Intermittens auf.

Es ist, soweit ich sehen kann, seit Tigges eine systematische Untersuchung dieser Phänomene nicht mehr erfolgt; hingegen legen die seitdem über die toxischen Nervenentzündungen und Neuralgien gemachten Beobachtungen den Gedanken nahe, dass auch jene Depressions-Neuralgien, wie ich sie kurz nennen will, leichte toxische Nervenerkrankungen sind. (Man wird hier auch an die Korsakow'sche Psychose erinnert). —

Sehr lehrreich ist auch die Betrachtung der ersten Symptome bei der Manie, bei welcher die Stimmungslage anscheinend von vornherein eine vorwiegend heitere, der Ablauf der Vorstellungen abnorm, meist bis zur Aufhebung der normalen Denkverbindungen erleichtert (sogenannte Ideenflucht) und gewöhnlich auch der Ablauf der sprachlichen und sonstigen Bewegungen beschleunigt ist. Schüle sagt, dass dem Ausbruch der Manie in der Regel ein Status nervosus mit Störungen des Schlafs und der Verdauung, Kopfcongestionen und Obstipation oder ein Stadium deutlicher Depression mit ängstlicher Unruhe vorausgeht.

Dieses Vorstadium kann Tage bis Wochen lang dauern. Auch bei der schweren Form der Manie, der Tobsucht im engeren Sinne dieses Wortes, die gewöhnlich ziemlich plötzlich ausbricht, gehen nach von Krafft-Ebing Kopfweh, Fluxion, gestörter Schlaf, Angst, Reizbarkeit voraus. v. Krafft-Ebing nennt ausserdem als Vorläufererscheinungen: erschwerte geistige

Leistungsfähigkeit und allgemeine Prostration, und weist auf ihre Aehnlichkeit mit den dem Ausbruch schwerer körperlicher, namentlich infectiöser Krankheiten vorangehenden Symptomen hin. *)

Niemals beginnt m. E. eine Geisteskrankheit mit heiterer Verstimmung. Dem Kranksein entspricht einzig und allein die schmerzliche Verstimmung, das Unlustgefühl, es ist das wahre, dem Zustand des Leidens adäquate Gefühl, ganz gleichgiltig, ob es sich um eine körperliche oder um eine psychische Erkrankung handelt. Dieses Gesetz wird bei der Manie und in den maniakalischen Episoden, die im Verlauf anderer Geisteskrankheiten auftreten, durchbrochen: Der Leidende befindet sich in einer heiteren Stimmung. Ich möchte den Eintritt einer krankhaft heiteren Stimmung als psychische Entartungsreaction bezeichnen. Es handelt sich ja dabei wirklich um Zustände von ernster und prognostisch fast stets ungünstiger Art. Nichts anderes als eine solche — aber absichtlich hervorgerufene und vorübergehende — Reaction ist die künstlich durch Alkohol oder andere Gifte erzeugte heitere Stimmung.

Aus Vorstehendem wird leicht ersichtlich, dass es nicht richtig ist, bei dem Wechsel von Zuständen mit trauriger und heiterer Verstimmung, wie er bei psychischen Krankheiten so häufig vorkommt, bei einzelnen sogar das Charakteristische ist, von „gegensätzlichen“ Krankheitsbildern zu sprechen, oder die depressiven und manischen Phasen des depressivmanischen Irreseins (das unchronologisch immer „manisch-depressiv“ genannt wird) graphisch mit Wellenthal und -gipfel darzustellen: der manische Zustand ist eben zunächst weiter nichts als der Durchbruch jenes Gesetzes. — Schon im volksthümlichen Sprachgebrauch hat sich das Bedürfniss nach einer besonderen Benennung der Geisteskranken mit krankhaft heiterer Stimmung herausgestellt; der Volksmund bezeichnet dieselben als Narren. —

Bei der durch langsam fortschreitende, systematische Wahnbildung charakterisirten „Verrücktheit“ (Paranoia) scheint sich nach Kraepelin die Entwicklung immer allmählich zu vollziehen. Der Beginn erstreckt sich oft über Jahre. Der

---

*) Neuerdings will man Mikroorganismen im Blute Manischer gefunden haben. (Bruce, Journ. of Mental Scinnce, 1903.)

Anfang machen leichte Verstimmungen, Misstrauen, auch wohl unbestimmte körperliche Beschwerden und hypochondrische Befürchtungen. v. Krafft-Ebing spricht von einem Monate bis Jahre umfassenden Einleitungsstadium der Ahnungen und Vermutungen und hebt hervor, dass vor der eigentlichen psychischen Erkrankung stattgehabte krankhafte Vorgänge im Nervensystem, Störung der Empfindung und Bewegung, dem Paranoischen eine Fülle von Material für seine Wahnbildung bieten, dass die Krankheit, ausschliesslich bei Belasteten vorkommend, sich aus constitutionellen Nervenkrankheiten oder wenigstens aus einer abnormen krankhaften Veranlagung des Nervensystems entwickelt.

Schüle sagt, dass selbst wenn die eigentliche Scene mit einem psychischen Sturm (Aufregung, Hallucinationen) beginnt, dieser nicht in ein bis dahin gesundes Geistesleben einbricht, sondern stets in ein vorbereitetes. „Oft ist es ein einfacher Status nervosus, andere Male aber eine ausgesprochene depressive Stimmung, welche die Krankheit einleitet. Die innere Unsicherheit und Rathlosigkeit — viele Kranke versichern direct, dass sie sich gar nicht zu fassen vermöchten, dass sie nicht wüssten, was in ihrem Kopfe sei — erzeugt Misstrauen und zunehmende Selbstisolirung. Beständiges Grübeln, namentlich in religiösen Büchern, erfüllt die scheinbare, mühsam zusammengehaltene Ruhe. Oft schon wird jetzt der Appetit und Schlaf unwiderbringlich gestört; der Kranke magert ab, fühlt sich auch körperlich elender und geistig sich immer mehr ein Rätsel.“ Die Lösung des letzteren durch den objectivirenden Trugschluss bedeutet den Schritt in die eigentliche Krankheit.

Schüle misst der Neurasthenie bei der Entwicklung des chronischen Wahnsinns (Verrücktheit) eine grosse Bedeutung bei und zwar ist es die Nervenschwäche des Lendenmarks, welche als mitwirkende Ursache beim sich ausbildenden Wahnsinn in sehr vielen Fällen eine wichtige Rolle spielt. Diese Rückenmarksneurasthenie wird ihrerseits durch Uterin- und Menstruationsstörungen bei Frauen, durch geschlechtliche Ueberreizung bei beiden Geschlechtern, die Involutionsphasen (Pubertät und Climacterium), und namentlich durch übermässige Masturbation bei jungen Leuten hervorgerufen. Reflectorisch entstehen durch

diese nervöse Erkrankung des Rückenmarks Gefühlsstörungen in anderen Bezirken des Nervensystems, besonders im Gehirn und erzeugen gewisse Veränderungen der Gemeingefühle, auf denen die Wahnideen erwachsen. Bei einer anderen Reihe von Fällen wird durch eine auf chronischen Magendarmaffectionen beruhende Neurasthenie mit hypochondrischer Verstimmung der Boden für den Wahnsinn vorbereitet.

Oder es geht voraus psychisch ein tiefes Misstrauen gegen alle Menschen, körperlich Nervosität, Kopfdruck, ungeheure Mattigkeit, erschwerte Apperception und Reproduction, leichte Erschöpfbarkeit, Hin- und Herschwanken zwischen Geschäftigkeit und Arbeitsunlust, hypochondrische, weinerliche Stimmung. Unter den nervösen Anfangssymptomen führt Schüle an: Herzklopfen, Beklemmungen, zeitweiliger Herzkrampf, plötzliche, auch fleckweise, Rötung des Gesichts, häufiger Wechsel der Gesichtsfarbe; abnorme Empfindungen in den Gliedern (Gefühlsstörungen, Schwäche, Schwere der Glieder) und in den Eingeweiden. Auch Friedmann*) ist der Ansicht, dass es bei der Paranoia zum guten Theil neurasthenische Symptome sind, welche den Beginn und den Anlass der Wahnbildungen darstellen.

Das Initialsymptom der Paranoia ist in den letzten Jahrzehnten Gegenstand zahlreicher klinischer Arbeiten gewesen. Ich habe schon weiter oben die Studie von Zenker erwähnt, der das Moment der persönlichen Beeinträchtigung als ein sehr wichtiges Erstlingssymptom von Psychosen überhaupt beschreibt. Er spricht auch von dem Misstrauen, das viele Patienten im frühesten Anfang der Erkrankung haben. Zenker (1877) sagt: „Vielmehr haben wir Ursache anzunehmen, dass das menschliche Gehirn zugleich mit der psychischen Erkrankung die Disposition zu der Vorstellung etc. der persönlichen Schädigung von vornherein überkommt, dass die Aus- und Weiterbildung derselben aber in mannigfacher Weise durch äussere und innere Einwirkungen beeinflusst wird.“ Er sagt weiter, die meisten unserer Kranken seien misstrauisch und dem

*) M. Friedmann, Ueber neurasthenische Melancholie. Monatsschrift für Psychiatrie. Bd XV. 1904.

Misstrauen pflege der Glaube an eine persönliche Beeinträchtigung auf dem Fusse zu folgen.

Sicherlich ist es speziell bei Paranoikern eine der ersten und zugleich consequentesten Erscheinungen. Aber man hat das Bedürfniss empfunden, zu erforschen, was diesem Misstrauen voraufgeht. Man hat geglaubt, in diesem den für die Paranoia charakteristischen Affect gefunden zu haben, auf welchem sich die Wahnideen dann aufbauen. Das Misstrauen ist nun aber kein Affect, sondern eine bestimmt qualificirte Gedankenrichtung. Andererseits geht es nicht an, das Anfangssymptom einer Krankheit nur im Affect zu suchen. Die Scheidung zwischen Geistesstörungen affectiver Art und solchen, die mehr den Verstand und die Vorstellungen erfassen, hält einer von den gegenwärtigen psychiatrisch neurologischen Anschauungen ausgehenden Kritik nicht mehr Stand. Jede Vorstellung ist von einem Affect begleitet und jeder Affect von einer Vorstellung. Der Affect einer Vorstellung ist derjenige Antheil der die letztere repräsentirenden Bewegung im Nervensystem, welcher von den specifischen Nervengebieten auf das G e s a m m t nervensystem irradiirt*). Betrachten wir nur diesen Theil der die Vorstellung repräsentirenden Bewegung, so beschränken wir uns auf die Betrachtung des Affectlebens und umgekehrt. Diese Betrachtung ist aber nur eine einseitige, von unserem jeweiligen Standpunkte abhängige, keine natürliche. Für die Wirkung des Krankheitsprocesses kann sie unmöglich in Frage kommen, hingegen die Stärke der im Nervensystem stattfindenden Irradiation, deren Effect jedenfalls proportional der Krankheit und Leistungsunfähigkeit wächst — abzüglich der durch die individuelle Widerstandsfähigkeit des Individuums und der Rasse gesetzten Unterschiede. Diese Unterschiede sind aber gewaltiger als man gewöhnlich annimmt und auf die Classification der Psychosen gewiss von grösstem Einfluss.

So scheint es mir auch anfechtbar, bei der Paranoia jene Trennung vornehmen und die Grundlage derselben in einer affectiven Störung oder wie es andere thun, in einer durch den

---

*) Bresler, Zur Paranoiafrage, Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. III, S. 171.

Krankheitsprozess gestörten Denkthätigkeit suchen zu wollen. Es zwingt ja auch nichts zu dieser Trennung, denn das Nervensystem des Paranoikers ist in der That, wie Schüle bemerkt, beim Ausbruch der Krankheit schon ein vorbereitetes und welcher Art die vorbereitenden Processe sind, — auf deren Kenntniss es eben ankäme — ist noch vollständig in Dunkel gehüllt. Einen bedeutenden Fortschritt bildet immerhin die Auffassung Berzes*) von dem Primärsymptom der Paranoia. Derselbe bezeichnet als psychopathologische Grundlage der Paranoia eine Störung der Apperception,**) die zunächst das Gefühl des Erleidens und dadurch wiederum weitere Apperceptionsstörungen herbeiführt. Ich möchte nur meinen, dass eben die Funktionsstörung in der Apperception vom ersten Momente ihres Entstehens so in das Centralnervensystem irradiirt, dass gleichzeitig das Gefühl des Erleidens, ein pathologischer Affect, entsteht***).

So, glaube ich, wird auch die Urtheilsschwäche der Paranoiker gegenüber den bei ihnen sich entwickelnden Wahnideen verständlich. Sie beruht sicher auf der neben dieser Entwicklung der Wahnideen beständig einhergehenden Wirkung des krankhaft bedingten Affects auf das Bewusstsein, auf einer chronischen affectiven Einengung des Bewusstseins. Es handelt sich also hier um eine analoge Erscheinung wie bei der im normalen Seelenleben unter dem Einfluss eines starken Affects stattfindenden, in diesem Falle

---

*) Josef Berze, Ueber das Primärsymptom der Paranoia. Halle 1903. C. Marhold.

**) Auf letztere hat schon Schüle hingewiesen, siehe oben.

***) Während man also auf psychiatrischem Gebiete den Standpunkt, bei gewissen psychischen Krankheitsformen in Störungen des Vorstellungslebens das Primäre zu erblicken, als verlassen bezeichnen kann, sehen wir ihn noch bei einem inneren Mediciner vertreten. v. Strümpell sagt nämlich bei der Symptomatologie der Nervosität und Neurasthenie in: Penzoldt & Stintzing, Therapie innerer Krankheiten, Bd. V, S. 375, 1898. „Eine genauere Analyse des „nervösen Bewusstseins“ führt zu dem Schlusse, dass der soeben angeführte dritte Punkt, die primäre Störung des Vorstellungslebens, als der Hauptpunkt anzusehen ist. Denn die zuvor erwähnten Eigenthümlichkeiten der Nervösen, die psychische Erregbarkeit und die psychische Leistungsschwäche lassen sich, wenn auch nicht immer, so doch häufig als nothwendige Folgezustände des abnormen Vorstellungsinhalts erkennen“.

aber vorübergehenden Verminderung und Verringerung der Urtheilsleistung, nicht aber um einen Schwachsinn u. s. w. —

Deutlicher ist das Anfangsstadium bei dem Wahnsinn ausgeprägt, der sich von der Verrücktheit durch den Mangel einer Systematisirung der Wahnideen, durch reichlichere Wahnideen und Sinnestäuschungen, durch starke Trübung des Bewusstseins der Kranken, durch deren mehr weniger erhebliche Verwirrtheit unterscheidet. Dieser Geistesstörung, welche auf dem Boden schwerer, durch Ueberanstrengung oder langwierige und tiefgreifende Krankheiten verursachter Schädigung des Organismus entsteht, gehen Erscheinungen nervöser Erschöpfung und reizbarer Schwäche oft längere Zeit voraus. Schlaflosigkeit oder unerquicklicher Schlaf mit ängstlichen Träumen und häufigem Aufschrecken, nervöse Erregtheit, Gereiztheit, ängstliche Beklommenheit, Kopfweh, Schwindel, Verstimmung, Erschwerung und Confusion des Vorstellungsablaufs, einzelne Sinnestäuschungen sind nach v. Krafft-Ebing, fast constante Erscheinungen des sich entwickelnden Krankheitsbildes, das nun in Stunden bis Tagen zur vollen Höhe ansteigt. Schüle sagt hierüber: „Dem eigentlichen Krankheitsausbruch geht in der Regel ein kürzeres oder längeres Prodomalstadium (Status nervosus) voraus: Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, grillenhaftes gereiztes Wesen, Störungen des Appetits, Rash's zum Kopfe. Andere Male bildet ein vager Depressionszustand mit Präcordialdruck, Angst, Weinen, religiösen Grübeleien die Einleitung. Oft scheinen gegentheils alle psychischen Prodromi zu fehlen, so namentlich im Defervescenzstadium voraufgegangener Fieberzustände*). Die eigentliche Krankheit selbst tritt darnach theils vorbereitet, theils plötzlich in Scene, sehr häufig nach einem Gemüthsaffect (Gewitter), oder selbst mitten aus dem Schlafe, welchen die Kranken noch anscheinend „wohl" begonnen haben." „Die anfänglich oft vorhandenen anomalen Kopfsensationen (heftiger Schmerz, Krachen im Kopfe) verschwinden gewöhnlich mit dem Eintritt

---

*) Schüle rechnet also den acuten Wahnsinn zu den Erschöpfungspsychosen. Demgemäss bezeichnet er auch ihren Ausgang als günstig; in der Regel erfolgt Genesung.

der Störung*)." Auch Ziehen und Reissen in den Gliedern kommt nach Schüle bei diesen Formen geistiger Störung vor dem Ausbruch derselben neben einer mehr weniger auffallenden gemüthlichen Verstimmung vor. —

Bei den Erchöpfungspsychosen, giebt es, wenn ich die neuerdings von Raecke*) beschriebenen Fälle daraufhin durchsehe, bezüglich des Incubationsstadiums keine bestimmte Regel. Je nach der Stärke und Dauer der erschöpfenden Ursache und der Widerstandskraft der erkrankenden Person währt dasselbe tage- bis monatelang. So traten z. B. bei einer früher normalen Frau, die im November geboren hatte, dadurch dass sie neben dem Stillen im Haushalte arbeiten musste, Rückenweh, Schwindel und Reizbarkeit, Anfang März des folgenden Jahres Müdigkeit, Gedächtnissschwäche und Denkunfähigkeit auf. Am 19. März erkrankte die Frau plötzlich unter ängstlicher Verwirrtheit und Erregtheit mit Wahnideen. Ende April war sie geheilt. In einem zweiten Falle war eine bis dahin gesunde Ehefrau durch aufopfernde, Tag und Nacht fortgesetzte Pflege des schwerkranken Mannes sehr heruntergekommen, klagte über Kopfdruck und Reissen in den Armen, wurde sehr aufgeregt, reizbar, übertrieben geschäftig und gerieth — nach ca. 14 Tagen seit der Erkrankung des Mannes — in den für die Erschöpfungspsychose charakteristischen, ängstlich-verwirrten Zustand. Kopfweh, Schlaflosigkeit, Appetitmangel waren, in anderen Fällen von Erschöpfung die Vorboten der geistigen Erkrankung.

Die schwerste Form dieser Erschöpfungspsychosen, das Delirium acutum beginnt nach Schüle***) in einzelnen Fällen entweder plötzlich ohne auffallende Vorboten oder schliesst sich an ein kurzes Prodromalstadium an mit allgemeinem Uebelbefinden, gesteigerter Reizbarkeit, unmotivirt abwechselnder

---

*) Diese merkwürdige Erscheinung (Zurücktreten der nervösen Symptome beim Ausbruch der eigentlichen Geisteskrankheit), welche bisher wenig beachtet wurde, verdiente eine specielle Würdigung und Untersuchung. Siehe später Diehl.

**) Raecke, Zur Lehre von den Erschöpfungspsychosen. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 57. 1900.

***) Schüle, Klinische Psychiatrie, S. 326.

Stimmung und vagen nervösen Allgemeinsymptomen, Schlaflosigkeit, intensivem Kopfschmerz; in anderen, mehr stuporösen Fällen, ist die Einleitung der Krankheit eine längere, ausnahmsweise aber auch kürzere, selbst nur mehrtägige unter tiefer cerebraler Asthenie: ängstliche Rathlosigkeit mit Kopfdruck und Schlaflosigkeit, gesteigerte Empfindlichkeit für äussere Eindrücke, vage, hypochondrische Klagen, in einer dritten Reihe von Fällen (die Inaninitionsformen des Delirium acutum) gehen länger Prodromalerscheinungen voraus, psychisch als entwickelte Dämonomanie oder hypochondrische Depression, körperlich als anämischer Zustand mit Ernährungsschwäche und nervöser Erschöpfung (physische Typen einer nervösen Consumption, eines nahezu banquerotten Ernährungshaushalts).

Aehnlich wie bei den Erschöpfungspsychosen ist die Entwicklung bei den nach Infectionskrankheiten auftretenden; allerdings liegt hier die Schwierigkeit der Untersuchung vor, wieweit es sich wirklich nur um die Folgen der Erschöpfung oder gleichzeitig um Infection und Intoxication handelt. In der Reconvalescenz von schweren Infectionskrankheiten kommen ja bekanntlich die verschiedensten Geistesstörungen vor,*) hauptsächlich aber solche, die den Stempel der Erschöpfung tragen und zwar von der einfachen neurasthenischen Verstimmung und Reizbarkeit bis zu schweren stuporösen Zuständen und heftigsten Erregungszuständen**).

Leider sind die Vorläufersymptome, welche die Zeit von der Infectionskrankheit bis zum Ausbruch der Geistesstörung überbrücken, noch wenig studirt.

Bei den sogenannten Autointoxicationspsychosen beobachtete E. Meyer,***) dass lange Zeit vor dem Ausbruch der psychischen Störung eine sehr auffallende, immer mehr zunehmende körperliche Erschöpfung bestand, in einigen Fällen war dieser fort-

*) Die Statistiken über die Häufigkeit der Infectionskrankheiten als Ursache bei Geisteskrankheiten schwanken zwischen 2—4% (Syphilis ist dabei ausgenommen).

**) Siehe Siemerling, Ueber Psychosen nach acuten und chronischen Infectionskrankheiten. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 61, 1904.

***) E. Meyer, Ueber Autointoxicationspsychosen. Arch. für Psychiatrie. Bd. 39, S. 316. 1904.

schreitende allgemeine Schwächezustand seit Jahren vorhanden. Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmachten und Zittern sind die dabei beobachteten nervösen Störungen. —

Auch bei den periodischen Psychosen haben die einzelnen Anfälle ihr Vorläuferstadium. Speciell auch bei der periodischen Manie ist es vorhanden. v. Krafft-Ebing bestreitet dies zwar, aber nur insofern man es wie z. B. Schüle als depressives Vorstadium bezeichnet, für die Zeit der Anstaltsbeobachtung und dies scheint mir kein stichhaltiger Einwand; denn die Vorläufer haben sich eben bei dem Kranken vor seiner Aufnahme in die Anstalt abgespielt. Die Vorboten, welche er für die einzelnen Anfälle bei der periodischen Manie anerkennt, liegen theils in der vasomotorischen Sphäre: Fluxion, Herzklopfen, Schwindel, theils in der sensiblen: Neuralgien, Muskelschmerzen, paralgische Beschwerden, Kopfweh, theils in der psychischen: erhöhte Reizbarkeit, ausserdem sind es auch gastrische Störungen, ferner Schlaflosigkeit, allgemeine Unbehaglichkeit, „wie sie ebensogut eine schwere Infectionskrankheit als eine Psychose einleiten können." Allerdings hat von Krafft-Ebing darin Recht, dass man das deprimirende auraartige Gefühl des drohenden Anfalls die damit verbundene Gereiztheit und Angst nicht als „melancholisch" auffassen darf. — Schüle sagt, man werde nicht fehlgehen, wenn man für den ersten Paroxysmus stets ein kürzeres oder auch länger dauerndes depressives Stadium annimmt. In ihrem „inneren Kampf und äusseren Streit" werden die Kranken verbittert, reizbarer; Lust und Freude vergehen ihnen; sie fühlen sich schwach und matt, träumen viel, gerathen manchmal in starke Schweisse, Kopfcongestionen, neben kalten Extremitäten; werden plötzlich ängstlich und eingeschüchtert. Viele suchen durch Aenderung des Wohnorts, durch raptusartigen Wechsel ihres Berufs dem ewigen Aerger, welcher sich durch Brennen und Unruhen in der Magengegend peinlich fixirt und den Schlaf stört, zu entgehen. Oft gestaltet sich der einleitende Status nervosus zu einem wohl charakterisirten melancholischen Bilde mit Klagen über Denkunfähigkeit, Verschuldung und Willenlosigkeit, Todessehnsucht. Bei anderen wieder verschärft sich das Gefühl des innerlichen Schwankens zum Trotz und zur aufbrausenden Heftigkeit; wieder andere

greifen zur beruhigenden Flasche.“ Dann bricht die Tobsucht aus. Schüle weist auf die Aehnlichkeit dieser mit epileptischen Erregungszuständen. In anderen Fällen beginnt der Anfall plötzlich nach mehrstündiger grosser Müdigkeit und Erschöpfung. In einem von Schüle beobachteten Falle blieb in der Zeit der einleitenden Depression (mit Neuralgien und Reflexkrämpfen) die Sprache einen um den andern Tag aus und stellte sich periodisch auf Stunden ein unruhiges Spiel mit den Fingern ein.

Bezüglich der periodischen Melancholie giebt von Krafft-Ebing an, dass der Eintritt des Anfalls, oft unter gastrischen Beschwerden, immer plötzlich erfolge. Dies kann sich wohl aber nicht auf den ersten Beginn der Krankheit beziehen. Auch bei dem cyklischen Irresein, bei dem melancholische und manische Phasen mit einander abwechseln, spricht er von brüskem Einsetzen, führt aber als Beispiel die Beschreibung eines Kranken an, bei dem monatelang vor dem Ausbruch neurasthenische Symptome beobachtet worden. Da die periodischen und cyklischen Psychosen überhaupt auf dem Boden der psychischen Entartung entstehen, sind bei ihnen neuropathische Erscheinungen selbstverständlich. Andere Autoren sagen, dass der Anfangsparoxysmuss sich längere Zeit vorbereite.

Bei derjenigen cyklischen Form, in welcher manieartige Erregungen und Stupor miteinander abwechseln, leitet ein prodromales Stadium melancholischer Depression von tage- bis monatelanger Dauer das cyklische Irresein ein.

Bei der Dipsomanie oder dem periodischen Zwang zum Trinken geht letzterem tagelang Schlaflosigkeit, Congestion, Kopfdruck, Unlust, depressive Reizbarkeit, geistige Hemmung, Mattigkeit, Beklemmungen, Unruhe, Wechsel von Kälte und Hitze, Herzklopfen, Appetitlosigkeit, Pupillenänderung, Schweisse, Hämorrhoidalknoten mit Absonderung von Schleim aus dem After (letzteres in einem Fall von Schüle) vorauf. Die Dipsomanen sind vorwiegend neurasthenisch, vereinzelt auch hysterisch oder epileptisch; oder es handelt sich um eine Grundlage der klimakterischen oder anderer biologischen Umwälzungen. —

Die Hypochondrie lassen viele Aerzte überhaupt nicht

als selbständige Krankheit gelten, sondern betrachten sie nur als eine besonders geartete Neurasthenie oder als eine psychische Aeusserungsform, die bei verschiedenen psychischen Krankheiten vorkommen kann. Auch ich bin der Meinung, dass das hypochondrische Empfinden und Denken nur eine der vielen Formen der Neurasthenie und das sogenannte hypochondrische Vorstadium wie es bei vielen Psychosen beobachtet wird, die neurasthenischen Vorläufer der Geisteskrankheit darstellt. Raecke*) fand unter den ca. 2800, vom September 1894 bis August 1901 in der Tübinger Irrenklinik aufgenommenen Kranken nur 42 mit rein hypochondrischem Symptomencomplexe; bei 15 von diesen lehrte der weitere Verlauf, dass es sich bloss um das hypochondrische Vorstadium einer anderen Psychose gehandelt hatte. Nur in 18 Fällen erhielt sich der hypochondrische Symptomencomplex eine Reihe von Jahren hindurch fast unverändert, ohne in eine andere Irrsinnsform überzuführen. Das Leiden begann meist mit Schwächegefühl, Schlaflosigkeit, Verdauungsbeschwerden und zahllosen Parästhesien im ganzen Körper, Kopfdruck, Hyperästhesie der Sinnesorgane, Zwangsvorstellungen. Auf Grund der quälenden Sensationen bildete sich allmählich eine traurige Verstimmung und die feste Ueberzeugung aus, von einer bestimmten, womöglich unheilbaren Erkrankung befallen zu sein, um welche sich nun ihr ganzes Thun und Denken drehte unter eigentümlich wahnhafter, der Neurasthenie nicht zukommender Verarbeitung dieser Sensationen, aber ohne Verfolgungswahn. Es ging aber auch hier, wenn man die Hypochondrie entsprechend der Auffassung Raecke's als selbstständige Krankheitsform gelten lässt, ein neurasthenischer Zustand voraus.

Bei den hysterischen Geistesstörungen ein Incubationsstadium herauszuheben, ist schwierig und erscheint vielleicht nicht gerechtfertigt, da die Hysterie selbst eine psychische Erkrankung ist**). Man könnte die vielfachen psychischen und nervösen Symptome der nicht durch Geistesstörung (im engeren

---

*) Raecke, Ueber Hypochondrie. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 59. 1902. S. 390.

**) Von den zahlreichen Definitionen dieser merkwürdigen Erkrankung sei nur die von O. Binswanger in seinem Werke: Die Hysterie, Wien 1904

Sinne des Wortes) complicirten Hysterie schon als Vorläufer der Hysterie gelten lassen, unter dem Vorbehalt, dass bei den Hysterischen noch etwas anderes, z. B. eine schwere Erschöpfung des Organismus, eine besonders heftige Gemüthsbewegung hinzutreten muss, um eine Geistesstörung zu zeitigen. Denn nur ein kleiner Bruchtheil der Hysterischen wird von einer solchen kürzeren oder längeren befallen. Nicht einmal der bekannte hysterische Charakter zeigt sich bei allen Hysterischen*).

Schwierig erscheint jener Versuch deshalb, weil über Begriff und Umgrenzung der hysterischen Psychosen keine Einigkeit herrscht und zu alledem die Möglichkeit besteht, dass ein hysterisches Individuum ebenso wie jeder andere Mensch an jeder beliebigen Geistesstörung erkranken kann. Schüle (1886) unterscheidet bereits, ausser den Dämmerzuständen und der Ekstase, eine hysterische Melancholie, eine hysterische Manie, einen hysterischen Wahnsinn (Verrücktheit), bei letzterem einen chronisch degenerativen hysterischen Wahnsinn und eine primäre hysterische Dementia mit Degeneration, welch letztere er als Modification der „Dementia acuta resp. der Dementia präcox" bezeichnet. Von späteren Autoren hat jeder seinen eigenen Standpunkt in dieser Frage eingenommen. Unter ihnen verdient besondere Beachtung die Darstellung und Eintheilung von E. Raimann**). Er unterscheidet: a) Geistesstörungen des

---

hier erwähnt. Danach besteht die hysterische Veränderung in der Störung der gesetzmässigen Wechselbeziehungen zwischen der psychischen und materiellen Reihe und zwar in doppelter Richtung, indem sowohl für bestimmte Reihen materieller Gehirnrindenerregungen die psychischen Parallelprozesse ausfallen oder nur unvollständig durch jene geweckt werden als auch einer materiellen Rindenerregung ein Uebermaass psychischer Leistung nebst den aus letzterer folgenden verschiedenartigsten Rückwirkungen auf die gesammten in der Rinde entstehenden oder von ihr beherrschten Innervationsvorgänge entspricht. Die Beeinflussbarkeit aller Innervationsvorgänge durch psychische Einwirkungen ist das kennzeichnendste Merkmal der hysterischen Veränderung. — Eine Aufzählung der hysterischen Symptome kann hier nicht erfolgen.

*) „Es giebt ohne Zweifel darunter viele edle Naturen, welche nur durch ein hohes, echt sittliches Streben der Krankheit ihr Können abrangen — im wahren Sinne, „durch die Macht des Gemüths ihrer krankhaften Empfindungen und Gefühle Meister wurden." H. Schüle, Klinische Psychiatrie. 1886. S. 236

**) E. Raimann, Die hysterischen Geistesstörungen. Eine klinische Studie. Leipzig und Wien. 1904.

hysterischen Anfalls, b) das hysterische Delirium, c) die hysterischen Dämmerzustände, d) andere Formen der acuten hysterischen Psychosen, e) die chronischen hysterischen Psychosen.

Der Geistesstörung des hysterischen Anfalles, die nach dem Typus der Depressions-, Exaltations- oder hallucinatorischen Verwirrtheitszustände verläuft, pflegt eine gewisse Alteration des habituellen Gemüthszustandes durch Minuten, Stunden, oder selbst 3 und mehr Tage vorauszugehen. Das hysterische Delir bricht plötzlich aus und tritt entweder nach einem schweren psychischen Shok, nach reichlichem Alkoholgenuss oder mit einer psychologisch zu begründenden Nothwendigkeit eben in einem gegebenen Momente auf. Im Gegensatz zu den hysterischen Anfällen, die meist unmittelbar an einen Shok anknüpfen, pflegt dem Delir eine Latenzzeit vorauszugehen, die manchmal durch eine Art Aurasymptome ausgefüllt ist: Unfähigkeit sich zu beschäftigen, Apathie, Schweigsamkeit, Klagen über Kopfschmerz, Uebelkeit, Drohung mit Selbstmord, krampfhaftes Weinen oder Lachen, kaum merkliche Convulsionen. Auch die hysterischen Dämmerzustände setzen theils acut ein — nach Gemüthserschütterung oder Alkoholvergiftung — theils schleichen sie sich allmählich ein. Unter der vierten Gruppe werden melancholische, manische und stuporöse Symptomenbilder aufgeführt. Die den letzteren verwandten Schlafanfälle und somnambulen Zustände setzen zuweilen plötzlich ein, meist haben sie Vorboten: Schwere, Eingenommenheit des Kopfes, Kopfschmerz, Uebelkeit, Schwäche, Schwarzwerden vor den Augen, Missstimmung, Gereiztheit, Trauer oder unbändige Heiterkeit, Gesichtstäuschungen. Bei den chronischen hysterischen Psychosen spielen die Paranoia und das depressivmanische Irresein, beide unter Weiterentwicklung des degenerativen hysterischen Charakters, eine grosse Rolle.

Raimann führt aus: man könne eine Psychose als hysterische bezeichnen, wenn sie sich aus dem einen der beiden Grundbestandtheile der Hysterie, aus dem hysterischen Charakter oder dem deliranten Anfall ableiten lässt. In letzterem Falle liegt die Sache gewöhnlich sehr einfach.

Ich habe eine grosse Zahl von in der Literatur beschriebenen Fällen hysterischer Geistesstörung auf ihre Entstehung und ihren

Beginn hin angesehen und gefunden, dass meistens erst durch das langwierige Wirken schädlicher, namentlich erschöpfender Momente oder eine einmalige sehr heftige Einwirkung körperlicher oder seelischer Natur aus der einfachen Hysterie eine Psychose erzeugt wurde; wobei die bisherigen Symptome des uncomplicirten Leidens eine Zeit lang, als Vorläufer der Geistesstörung, sich intensivst verschärften, besonders die Kopfschmerzen. Bei einer kleineren Reihe schien die letztere das Endstadium einer degenerativen hysterischen Veranlagung zu sein.

Der Vollständigkeit halber ziehen wir kurz die Epilepsie in den Kreis unserer Betrachtung, wenn es sich hier auch nicht um eine Geistesstörung in obigem Sinne handelt. Während bei der einfachen Hysterie die Entstehung des Leidens, auf die wir hier nicht näher eingehen konnten, Gegenstand fruchtbarer Forschung gewesen ist, blieb die wichtige Frage nach dem Vorläuferstadium der Epilepsie bisher unberücksichtigt. Es wurde schon erwähnt, dass es nicht richtig ist, den Beginn der Epilepsie bei dem Auftreten der ersten Anfälle zu suchen; diese bezeichnen bereits den Anfang vom Ende*). Es müssen ganz gewaltige Umwälzungen bis zu dem Erscheinen der Krämpfe oder ihrer psychischen Aequivalente im Organismus stattgefunden haben.

* * *

Wir hatten bisher Zeugnisse dafür beigebracht, dass dem Ausbruch jeder Geisteskrankheit nervöse Symptome voraufgehen. Es bleibt aber noch eine Gruppe von geistigen Störungen übrig, die nicht mit gewissen Zeichen eines aus dem Gleichgewicht gebrachten Nervensystems beginnen, sondern auf dem Boden einer bestimmten Nervenerkrankung, der allgemeinen Nervenschwäche (Neurasthenie) erwachsen. Die Kenntniss dieser Formen datirt wie diejenige der Neurasthenie selbst aus der neueren Zeit, obgleich beide Erkrankungen keineswegs ein Product der letzteren sind. v. Krafft-Ebing hat sich be-

---

*) oder vom Stadium der Unheilbarkeit, daher die Unheilbarkeit der meisten Fälle von Epilepsie.

sonders um ihre Erforschung verdient gemacht. Die Neurasthenie umfasst das ganze Nervensystem, besonders diejenigen Nervenbezirke, welche den höchsten seelischen Leistungen als anatomische Grundlage dienen; die psychischen Störungen haben den Hauptantheil an den Erscheinungen der allgemeinen Nervenschwäche. Als Höchstleistung des Nervensystems gilt der hemmende Einfluss der Nervenzellen höherer Ordnung auf solche niederer. Wie das Herz bekanntlich einen Nerv besitzt, der gegenüber dem den Herzmuskel zur Tätigkeit anregenden Nerven, die Rolle der Hemmung ausübt (der Nervus vagus), dessen Reizung den Herzschlag verlangsamt, dessen Schwächung Beschleunigung des letzteren herbeiführt, so giebt es, wie die Erfahrung und Beobachtung lehren, im Gehirn Nerven und Nervenzellen, deren normale Thätigkeit auf andere, der willkürlichen Erregung der Muskeln dienende Nervenzellengruppen einen hemmenden, regulirenden Einfluss ausübt. Diese medicinische Lehre bestätigt nur den uralten Satz, dass die Selbstbezwingung das Schwerste ist. Jede Krankheit schädigt zuerst die höchsten und feinsten Funktionen und Elemente eines Organes, am Nervensystem jene hemmenden regulirenden Factoren. Die Folge ist die abnorm erleichterte, schon auf geringe Reize hin eintretende Auslösung von Bewegungen und Handlungen, im Auffassen und Denken der Mangel an Concentration und Aufmerksamkeit. Jener Vergleich mit den Hemmungsnerven des Herzens ist mehr als ein solcher. Seine Schwäche, die aus geringsten Anlässen auftretende Störung der Herzthätigkeit, ist eine wichtige Theilerscheinung der Neurasthenie.

Subjectiv macht sich diese Neurasthenie in ihren allerleichtesten Graden als ein ganz leichtes Ermüdungsgefühl geltend, das noch weit von demjenigen grober Abspannung entfernt ist und vielleicht zunächst nur als allgemeine Unlust empfunden wird, es tritt lange Zeit auf bevor der Effect der Ermüdung, die Verringerung der Leistungsfähigkeit, zum Bewusstsein kommt. Dass dieses Ermüdungsgefühl eintritt, wenn nach einfacher Erfahrung ein factischer Grund zur Ermüdung noch nicht vorliegt, kennzeichnet es als ein durch besondere Verhältnisse des Nervensystems entstandenes Phänomen. Mit

dem Fortschreiten des Krankheitsprocesses steigert sich dieses Unlustgefühl und wird zu einem dauernden, jenem habituellen Depressionszustand der Neurastheniker.

Aber selbst diesen anscheinend rein psychischen Veränderungen, mit denen die Neurasthenie beginnt und die sie fernerhin begleiten, gehen bereits zahlreiche grobsinnlich wahrnehmbare Erscheinungen voraus, zu deren Erkenntniss es keines Microscopes oder Sphygmographs bedarf, das sind wechselnde Zustände im Gefässsystem und im Bewegungsapparat, Wechsel der Gesichtsfarbe, Blutandrang zum Kopf, Herzklopfen einerseits, Muskelschlaffheit, Muskelzittern andererseits, u. s. f., vor allem aber Störungen des Schlafes. Das Auftauchen von ängstlichen und Zwangsvorstellungen quälenden Inhalts, Kopfdruck, Kopfschmerzen, Verlust der Willenskraft u. s. w. kennzeichnen den weiteren Verlauf, den wir hier nicht weiter schildern können. Wichtig ist, dass der Organismus hier, wo ein Nachlassen des natürlichen Lebensreizes statthat, instinctiv nach künstlichen Reizmitteln greift.

Unsere ganzen Trinksitten, der Tabak- und Kaffeegenuss, sind nichts weiter als der Ausdruck und Erfolg dieses instinctiven Verlangens; namentlich der Alkoholgenuss lässt sich als mittelbare Ermüdungserscheinung vollkommen erklären, so sehr ihn vereinzelte Dichter auch als etwas Edles, Erhabenes zu allen Zeiten darstellten.

Die Nervenschwäche ist entweder eine angeborene, wenn die Erzeuger gewissermaassen zu wenig Mitgift an Nervenkraft dem Kinde vererbt haben, oder eine erworbene, durch acute oder chronische Schädigungen körperlicher oder seelischer Natur; das Eine schliesst das Andere natürlich nicht aus; meistens trifft sogar beides zusammen. Hierüber ist ja schon so viel gesagt und geschrieben worden, dass ich es mir ersparen kann, auf die Entstehung der Neurasthenie einzugehen.

Möbius schrieb kürzlich bei der Besprechung des Kraepelin'schen Lehrbuchs der Psychiatrie sehr zutreffend: „Die „Nervösen“, „Degenerirten“, „Psychopathen“ sind doch eben einerseits das Publikum, das die Irren liefert, sie bilden

andererseits die Brücken, die aus dem Gebiete des Normalen in das eigentliche Irresein hinüberführen. Die Nervosität ist sozusagen der Stamm, aus dem die Zweige des psychopathischen Baumes herauswachsen; dort sind die Anfänge von allen Formen, die in ihrer Vollendung einander unähnlich sind, noch beisammen."

Es ist traurig, zu sagen, dass der verstorbene Professor der Psychiatrie an der Universität Greifswald, Rudolf Arndt, Recht hatte, die Bleichsucht und die Nervenschwäche als zwei sich gegenseitig bedingende Entartungszustände zu bezeichnen. Man ist heutzutage sogar wieder mehr als in den letzten Jahrzehnten geneigt, die Krankheiten des Nervensystems und daher auch die Geisteskrankheiten auf vermuthungsweise krankhafte Zusammensetzungen des Blutes zurückzuführen, eine Ansicht, die schon vor Jahrtausenden zeitweise gegolten hat. Und bei mancher Geisteskrankheit kann man in der That sagen, dass in ihren Symptomen die Wirkung der krankhaft veränderten Blutstoffe auf das Nervensystem zum Ausdruck kommt und sie somit letzten Dinges eine Blutkrankheit sind*). Auch auf diesen Zusammenhang will ich hier nur hingewiesen haben, und es dahin gestellt sein lassen, ob die neuerdings vertretene Ansicht, dass die Elemente des Nervensystems sich fortwährend aus den Formelementen des Blutes neu bilden, zutrifft; jedenfalls wird das Nervensystem durch das Blut ernährt und erhalten. Es erhellt hieraus, nebenbei bemerkt, dass die Wurzel der psychiatrischen Erkenntniss im medicinischen Felde liegt, mag es andererseits noch so dringend und anziehend sein, die psychischen Erscheinungen der Geisteskranken nach der psychologischen Richtung hin zu deuten.

v. Krafft-Ebing, der, wie schon bemerkt, um die Kenntniss der auf neurasthenischer Grundlage entstandenen

---

*) Der Volksmund und leider auch die Gesetzgeber sträubten sich von jeher dagegen, die Zustände, bei denen der im Blute circulirende krankheiterregende Stoff Alkohol ist, als „Geisteskrankheit" zu bezeichnen, obgleich sich unter ihnen die schönsten Paradigmata der psychiatrischen Grammatik finden.

Geisteskrankheiten sich besonders verdient gemacht hat*), unterscheidet dieselben gemäss dem oben Auseinandergesetzten in zwei Gruppen, nämlich 1. in solche, wo die Veranlagung und erbliche Belastung gering ist oder gänzlich fehlt, die Neurasthenie eine erworbene ist; die hierbei auftretenden Geistesstörungen sind theils schnell vorübergehende, theils länger dauernde. Erstere kommen namentlich bei jugendlichen männlichen Individuen vor deren Gehirn durch Ueberanstrengung oder Gemüthsbewegungen „überreizt" ist. Ein psychischer Shok, Verdauungsstörung, unzureichende Nahrungsaufnahme, eine durchgearbeitete Nacht genügen, um plötzlich einen schweren Erschöpfungszustand hervorzurufen mit ängstlicher, traumartiger, selbst deliranter Verwirrtheit oder stuporöser Gehemmtheit der psychischen Functionen von ein- bis viertägiger Dauer. So plötzlich diese Zustände einsetzen, so geht doch auch hier erst kurze Zeit als Vorläufer-Symptom Kopfdruck und Zittern voraus.

Als Typus der länger dauernden Geistesstörungen auf neurasthenischer Grundlage bezeichnet v. Krafft-Ebing die durch sexuelle Nervenschwäche speciell Onanie hervorgerufene Melancholie. Gedrückte Stimmung, vermindertes Selbstgefühl, Kopfdruck, Gedankenhemmung, Anfälle von Herzangst, namentlich nachts, Befürchtung irrsinnig oder für immer geschlechtlich unfähig zu werden oder der Rückenmarkschwindsucht zu verfallen, gehen hier lange voraus, ehe die ausgesprochene Geisteskrankheit mit Wahnideen häufig religiöser Färbung, Sinnestäuschungen, besonders des Geruchs, Selbstmordversuchen und impulsivem Handeln hervortritt.

Zu den Geistesstörungen, welche 2. auf der Grundlage einer ererbten Nervenschwäche entstehen, rechnet von Krafft-Ebing das Irresein durch Zwangsvorstellungen, wobei es sich nicht um das häufig bei Neurasthenischen vorkommende Auftreten vereinzelter harmloser Zwangsvorstellungen handelt,

---

*) F. C. Müller sagt (Handbuch der Neurasthenie, Leipzig, 1893, S. 43) „Wenn die Neurasthenie richtig verstanden, d. h. wenn sie von leichteren Psychosen, an die sie so oftmals erinnert, abgegrenzt werden soll, so ist der am meisten dazu berufene der Psychiater. Er ist am ersten in der Lage, die im Krankheitsbilde gegebenen psychopathischen Züge in ihrem wahren Werthe zu würdigen, und deshalb sind auch die Arbeiten von Krafft-Ebing's für uns von bedeutendem Werthe."

sondern um solche, die dauernd und massenhaft die Persönlichkeit heimsuchen und nach allen Richtungen das geistige Leben theils hemmend, theils erschütternd und zwingend ergreifen und den Kranken zu Akten der Verzweiflung treiben. Solche Zustände kommen namentlich in der Pubertät und im Klimakterium vor und brechen meist ohne Vorboten aus, deren es eben bei der bereits von Jugend auf vorhandenen Neurasthenie häufig nicht mehr bedarf. Ebenso gehört hierher eine häufig anzutreffende Form der chronischen Verrücktheit, deren Vorläufer Symptome der sexuellen, allmählich sich verallgemeinernden Nervenschwäche infolge Onanie sind, auf psychischem Gebiete die krankhaft betonte Vorstellung von drohender Rückenmarkschwindsucht, Gehirnerweichung oder Irrsinn, das Gefühl, dass die Leute Einem das geheime Laster ansehen. Dieses einleitende Stadium dauert Monate bis Jahre; die Krankheit äussert sich später in Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen, auch Täuschungen des Gemeingefühls.

Kraepelin, welcher für die Neurasthenie die Bezeichnung „chronische nervöse Erschöpfung“ wählt, weist darauf hin, dass vielfach das depressive Vorstadium anderer Psychosen mit neurasthenischen Zuständen verwechselt wird. Er hält also diese letzteren auch für psychische Erkrankungen.*) Diese chronische nervöse Erschöpfung bildet in seiner Darstellung eine Unterabtheilung, und zwar die dritte des „Erschöpfungsirreseins“, die anderen beiden sind das Collapsdelirium und die acute Verwirrtheit. Von einer nervösen Erschöpfung kann man nach Kraepelin bei denjenigen Geisteskrankheiten reden, die sich unmittelbar an schwere körperliche Umwälzungen, namentlich an acute Krankheiten, grosse Blutverluste, Wochenbett anschliessen, wobei Infectionskeime oder Zerfallstoffe die Krankheitsursache sein können; ebenso geistige und gemüthliche Ueberanstrengung und dauerndes körperliches Siechthum; in den beiden letzteren Fällen entwickelt sich die Krankheit lang-

*) Auch von Strümpell thut dies; er sagt in Pentzoldt und Stintzing, Specielle Therapie innerer Krankheiten, Bd. V., S. 376, 1898, von derjenigen Form der Neurasthenie, welche periodischen Verlauf zeigt, dass sie „an das bekannte periodische Auftreten gewisser anderen Psychosen (Melancholie u. a.)‘ erinnert.

samer und unmerklicher, weniger stürmisch und führt zu der chronischen nervösen Erschöpfung.

Das Collapsdelirium, „Benommenheit, hochgradige Verwirrtheit mit traumhaften Sinnestäuschungen, Ideenflucht, Stimmungswechsel und lebhafte motorische Erregung" — beginnt plötzlich, nachdem sich bisweilen Schlaflosigkeit und Unruhe schon kurze Zeit vorher bemerkbar gemacht haben. Auch die „acute Verwirrtheit" beginnt mit Schlaflosigkeit und innerer Unruhe. „Die Kranken fühlen sich beängstigt, aufgeregt, vergesslich, haben Todesahnungen, können ihre Gedanken nicht mehr recht sammeln und klagen über Benommenheit und Verwirrtheit im Kopfe. Im Laufe weniger Tage steigert sich die Störung rasch bis zu völliger Unfähigkeit, sich in der Umgebung und in den Ereignissen zurechtzufinden."

---

Ein anderer Weg zur Beantwortung der Frage, ob aus Neurasthenie Geisteskrankheit entsteht, ist der, bei denjenigen Autoren, welche sich speciell mit dem Studium der Neurasthenie beschäftigt haben, Auskunft zu suchen.

Schon Beard*) sagte, dass die Neurasthenie die Pforte zu einer grossen Anzahl von Krankheiten des Nervensystems ist, aber nicht nothwendigerweise dieselben herbeiführt. Sie könne oft viele Jahre bestehen, ehe sie zu diesen Krankheiten führe. Als häufigsten Folgezustand bezeichnet er die Melancholie. „Nicht wenige Melancholiker, die in den verschiedenen Graden der Krankheit unsere Irrenhäuser und Trunkenbold-Asyle betreten, haben ein langjähriges Studium der Neurasthenie durchgemacht, bevor sie in den Zustand kamen, in dem der Geist vollständig und vielleicht für immer gestört ist." Besonders bei Hausfrauen, die sich überarbeitet haben, bei Müttern, die durch zahlreiche Geburten, langdauerndes Stillen heruntergekommen und durch örtliche Leiden geschwächt sind, werde ein sehr allmähliches Fortschreiten von der Nervenerschöpfung bis zur tiefsten Geisteszerrüttung beobachtet. Als eine sehr gewöhnliche und im Zunehmen begriffene Folge der Neurasthenie bezeichnet Beard auch die Trunksucht.

F. C. Müller**) beschäftigte sich ebenfalls eingehend mit der Frage: Ist es möglich, dass eine länger oder kürzer bestehende Nervenschwäche zu einer Psychose ausartet? Nach seiner Meinung sind die Fälle, in denen wirklich ein solcher Uebergang stattfindet, weniger zahlreich als man im gewöhnlichen Leben anzunehmen geneigt ist; aber sie sind in Wirklichkeit vorhanden. Was zunächst die Hypochondrie anlangt, so kann bei dieser Frage nur die hypochondrische Verrücktheit in Betracht

*) G. M. Beard, Die Nervenschwäche (Neurasthenie). Leipzig, 1881.

**) F. C. Müller, Handbuch der Neurasthenie. Leipzig, 1893, S. 231.

kommen, denn die einfache Hypochondrie oder hypochondrische Verstimmung ist eine Theilerscheinung der Neurasthenie, nichts weiter als Nosophobie. Bei allgemeiner neuropathischer Disposition, bei hereditärer Belastung kann sich aus der Neurasthenie eine hypochondrische Verrücktheit entwickeln und zwar liegt dies um so näher, als die nosophobischen Zwangsgedanken die Transformation erleichtern. Er hält es bei Frauen für leicht denkbar, dass sich aus rein neurasthenischen Anfängen schliesslich eine wahre Hysterie mit allen Consequenzen entwickelt, während dies bei Männern viel weniger wahrscheinlicher ist. Bei der progressiven Paralyse weist er der Neurasthenie nur eine prädisponirende Rolle zu; der Uebergang von functionellen, d. i. neurasthenischen Veränderungen in organische, wie bei Paralyse — ist erfahrungsgemäss nicht sehr zu befürchten.*) Die Neurasthenie ist selbst in schwierigen Fällen heilbar, während die oft viel geringer ausgesprochenen paralytischen Initialsymptome unaufhaltsam zum Ende führen.

Auch Löwenfeld**) widmet der Frage nach dem Uebergang der Neurasthenie in Psychosen eine Betrachtung. Er hält es bisher nicht für erwiesen, dass aus dem cerebrasthenischen Zustand organische Affectionen hervorgehen können. Der anscheinend neurasthenische Zustand im Anfang der progressiven Paralyse ist schon durch beginnende paralytische Gehirnveränder-

---

*) Arndt, R., (Die Neurasthenie, 1885) war anderer Ansicht. Aber Müller bejaht dennoch die Frage, 'dass Neurasthenie in Paralyse übergehen könne, nur seien die Fälle recht selten.

Ebenso kommt er zu dem Schluss, dass Neurasthenie in Paranoia ausarten kann; namentlich besteht diese Gefahr bei chronischen Fällen. — Die jugendlichen Neurastheniker, belastet, der Onanie und frühzeitigem Lebensgenuss ergeben, sind die Rekruten der moral insanity.

Müller meint, dass gewiss nicht 1% der Neurastheniker im weiteren Verlaufe der Krankheit einer Psychose anheimfallen, aber die Möglichkeit ist gegeben, am meisten bei den chronischen Formen mit erblicher Belastung und solchen mit cerebralen Symptomen. Auch v. Hoesslin bezeichnet (in demselben Werke) die Gefahr des Uebergangs der Neurasthenie in eine wirkliche Psychose als im Allgemeinen keine grosse, wenn von vornherein lediglich neurasthenische Symptome vorhanden waren und nicht Zeichen psychischer Erkrankung nur fälschlich für neurasthenische angesehen wurden.

**) L. Löwenfeld, Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. Wiesbaden. 1894.

ungen bedingt oder es können sich neben den der Neurasthenie eigenthümlichen Veränderungen die der progressiven Paralyse entwickeln, um so leichter als das neurasthenische Gehirn für die Einwirkung gewisser ursächlicher Momente wie Syphilis und Alkohol empfänglicher ist als das normale. „Der Uebergang der Neurasthenie in Psychosen functionellen Charakters ist andererseits durchaus keine Seltenheit und bei dem Umstande, dass die Neurasthenie nicht durch eine tiefe Kluft von den Psychosen getrennt wird, sondern mit einem Theile derselben wenigstens durch unmerklich sich abstufende Zwischenglieder zusammenhängt, auch keineswegs befremdlich.“ Löwenfeld lässt des Weiteren ebenfalls von Krafft-Ebing reden und erklärt, dass nach seinen eigenen Erfahrungen die Melancholie diejenige Psychose ist, welche sich am häufigsten aus der Neurasthenie herausbildet, und bei manchen erblich Belasteten sich an jede erhebliche Steigerung der cerebralen Erschöpfung ein ausgesprochener Zustand der Melancholie knüpft.

Im Uebrigen bemerkt Löwenfeld bezüglich der Prognose der Neurasthenie, dass sie zwar dem Befallenen das Leben ausserordentlich erschweren kann, doch nur selten zu einer directen Lebensgefährdung führt, ausser bei nervöser Dyspepsie, wenn die Abmagerung und der Kräfteverlust einen hohen Grad erreichen, und bei Lebensüberdruss durch Selbstmordneigung. Auf die Lebensdauer äussert sie im Allgemeinen keinen ausgesprochenen ungünstigen Einfluss.

v. Strümpell*) schreibt, dass sich der Verlauf der Neurasthenie hauptsächlich nach dem Grade der vorhandenen allgemein-nervösen Beanlagung und nach der Stärke der von aussen her auf den Kranken einwirkenden ungünstigen Einflüsse richtet. Ein bei bisheriger psychischer Gesundheit unter der Einwirkung ungewöhnlicher geistiger Aufregungen oder Anstrengungen entstandener neurasthenischer Erregungs- oder Erschöpfungszustand, eine „acute Neurasthenie“ kann beim Fortfallen der ursächlichen Momente und bei geeigneter Behandlung ganz oder wenigstens grösstentheils schwinden. Wo die neurasthenische Veranlagung sich verhältnissmässig frühzeitig im

*) Adolf v. Strümpell, Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Leipzig, 1902. III. Band. XIV. Auflage. S. 667.

ganzen geistigen Naturell des Kranken bemerkbar machte kommen zwar Schwankungen in den Krankheitserscheinungen vor, eine wirkliche Heilung ist aber kaum möglich, weil die völlige Umwandlung der ganzen geistigen Individualität Voraussetzung wäre; nur im höheren Lebensalter treten zuweilen in solchen Fällen die Krankheitserscheinungen zurück. Eine wirkliche Gefahr bietet die Krankheit freilich kaum dar. Auch dass sich schwere secundäre Nervenkrankheiten auf dem Boden der Neurasthenie entwickeln, sieht man nur ausnahmsweise. So kommt es, dass viele Neurastheniker, namentlich bei günstigen äusseren Bedingungen, ein verhältnissmässig erträgliches Leben führen und auch in ihrem Berufe Tüchtiges und Erspriessliches leisten.

Auch an anderer Stelle meint A. v. Strümpell*) bezüglich der Prognose: „Nicht ganz mit Unrecht kann man vielen Neurasthenikern und Nervösen den Trost sagen, dass ihr Leiden im höheren Lebensalter von selbst besser wird."

Oppenheim**) sagt von der Prognose der Neurasthenie, dass sie um so günstiger, je kräftiger die Constitution, je geringer die erbliche Belastung, dass sie günstiger bei der erworbenen als bei der von früh auf bestehenden Neurasthenie ist. Deren Verknüpfung mit den Zeichen der psychischen Entartung trübt die Prognose wesentlich. Die letztere ist aber auch abhängig von der Ursache und von der Glückslage der Patienten. „In den Fällen, die ungeheilt bleiben, drohen meist keine schweren Gefahren. Nur ist da, wo das hypochondrische Moment sehr ausgesprochen ist oder psychische Minderwerthigkeit vorliegt, ein Ausgang in Psychose nicht gerade ungewöhnlich." In den Fällen, wo die schweren Erscheinungen der Neurasthenie — die Schlaflosigkeit und besonders die Angstzustände — zum Selbstmord drängen, handle es sich um einen krankhaften Seelenzustand, um hypochondrische oder hypochondrisch-melancholische Paraxysmen, doch könne es schwer sein, die Grenzen des Uebergangs der Neurasthenie in die Psychose zu bestimmen. Oft bringe gerade die Furcht vor geistiger Er-

---

*) In Pentzoldt u. Stintzing, Specielle Therapie innerer Krankheiten. V. S. 377. III. Auflage. 1898.

**) H. Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1902. S. 970.

krankung die schweren Angstzustände hervor und gebe den Anstoss zum Selbstmord.

Meines Erachtens ist das Verhältniss der Angstzustände zu der Furcht vor dem Irrsinn das umgekehrte von dem hier angegebenen.

Die Frage, wie weit die neurasthenischen Zustände, die nervöse Ueberreizung und Erschöpfung in das psychopathische Gebiet hinüberragen, hat Friedmann*) eingehend studirt. Als neurasthenische Melancholie bezeichnet er Formen, welche symptomatisch wie Melancholien erscheinen, eigentlich aber, auf Grund ihrer Aetiologie und ihres klinischen Verlaufs, Neurasthenien, Erschöpfungsneurosen sind. Er hat eine Statistik unternommen an einer fortlaufenden Zahl von 350 Neurasthenikern, wie sie nach einander in seine Behandlung gelangt waren. Unter diesen betrug die Zahl der eigentlichen Neuropathen mit fast ständiger Nervosität, Uebererregtheit oder Erschöpfbarkeit oder besonderen nervösen Eigentümlichkeiten nur etwa 10%. Die übrigen Fälle — die eigentlichen neurasthenischen Krankheitszustände, die Zustände von nervöser Ueberreizung und Erschöpfung, die unter normalen Umständen nach kürzerer oder längerer Frist wieder genesen und einem nervengesunden Verhalten Platz machen, liessen sich wieder in zwei Kategorien trennen. Bei der einen, der grösseren, ist noch eine nervöse Veranlagung vorhanden, doch nicht wesentlich intervallär bemerkbar; es handelt sich nur um eine verringerte Widerstandskraft, infolge deren sich die Betreffenden von übermässigen Anspannungen nicht völlig erholen und neurasthenisch werden. Die anderen Kategorien — schätzungsweise ein Drittel bis ein Viertel aller von Friedmann beobachteten Neurasthenien — bilden die von Haus aus resistent angelegten, völlig nervengesunden Menschen. Bei diesen beiden Kategorien handelt es sich nur um neurasthenische „Zustände", was gleichbedeutend ist mit „nervöser Ueberreizung" oder „Erschöpfungsneurose". Solche Zustände können bei entsprechend starker Misshandlung der Nervenkräfte sich fast bei Jedem ausbilden.

---

*) Friedmann, M., Ueber neurasthenische Melancholie. Psychiatrische Monatsschrift. XV. 1904. Heft 4 und 5.

(Eine besondere Stellung reservirt Friedmann der traumatischen und der Schreckneurose und der chlorotisch-anämischen Nervenschwäche.) — Bei drei Fünfteln jener 350 Fälle standen die psychischen Symptome im Vordergrund; davon liesse sich noch eine Gruppe abziehen, wo nur einzelne abnorme psychische Züge sich geltend machen und es ergiebt sich dann, dass etwa die Hälfte aller Neurasthenien überhaupt den Formen der psychischen Ueberreiztheit und Erschöpfung angehört.

Friedmann unterscheidet die einfache Aufgeregtheit als ersten Grad der (erethischen) Nervenüberreizung, die sich bis zur Fassungslosigkeit oder Verzweiflung steigern kann; — die nervöse Erschöpfung ersten Grades (intensiver Kopfdruck und neuralgiformer Kopfschmerz, Schwindel, Schlafsucht, starke Denkerschwerung, Beklommenheit, Vergesslichkeit; Störungen seitens des Magens; die charakteristische Reizbarkeit fehlt, es besteht nur schmerzhafte Ermattung); — den zweiten Grad der nervösen Erregtheit (zur Aufgeregtheit tritt eine stärkere Hemmung der apperceptiven Leistungen, Scheu vor der Berufsarbeit und vor allem, was Ueberlegung und Ueberwindung erfordert; dabei Befürchtungen, Zwangsvorstellungen, Angstanfälle mit Zittern und Herzklopfen); — endlich den zweiten Grad der Erschöpfung, die nervöse Depression, besonders beim weiblichen Geschlecht nach aufreibenden Sorgen (unlustige Schlaffheit, Willensschwäche, psychische Hyperästhesie, langwieriger Verlauf). Diese Letztere macht 5—10 % der psychischen Neurasthenie aus, sie ist der echten Melancholie sehr ähnlich, aber grundsätzlich von ihr verschieden.

In etwa 2% der Neurasthenie erreicht der depressive Affect selbständige Bedeutung und die Vernünftigkeit und Klarheit des Denkens verwirrt sich, Wahnideen treten auf wie bei der echten Melancholie, die Kritik gegenüber der gemüthlichen Affection schwindet. Der Verlauf ist gleichwohl nicht derjenige der depressiven Psychosen. Auch sind diese Fälle seltener als die echten Melancholien. Die Aetiologie (unsinnig heftige Ueberspannung der Nervenkräfte, erschütternde gemüthliche Erregung) und der prompte Erfolg der causalen Behandlung bestätigten die Diagnose neurasthenische Melancholie in

einem Falle regelrechter Schwermuth mit Selbstverkleinerungs- und Selbstbeschuldigungswahn und psychischer Hemmung, der bei blosser Beurtheilung das Zustandsbild für echte Melancholie gehalten worden wäre.

Ein anderer Fall legte die Möglichkeit nahe, dass bei einigen psychopathischen Veranlagungen, welche bei Einwirkung stärkerer Gemüthserregungen die Gefahr eines Recidivs laufen, „zunächst ein klinisch (wenn auch nicht symptomatisch) noch indifferenter, sozusagen „nervöser Erregungszustand“ entsteht; „wird das glimmende Feuer rasch gedämpft, so ist eine rasche Genesung möglich, die Psychose gelangt nicht zu ihrer vollen Entwickelung“. Friedmann hofft, dass in Zukunft häufig durch eine sofort eingesetzte Behandlung bei Psychosen von depressivem Charakter der Entwicklung der Geisteskrankheit vorgebeugt werden könne. Er hält die Trennung von der Psychose für eine grundsätzlich sehr wichtige Angelegenheit; „der Begriff der Psychose müsste sich verflüchtigen, wenn sie — abgesehen von Fällen ausgeprägter psychopathischer Minderwerthigkeit — in so passagerer und labiler Weise auftreten könnte, und wenn sie bei sonst psychisch völlig intacten Personen.... sich so leicht durch einfache geistige Ueberreizung erzeugen liesse.“ In einer anderen sehr seltenen Gruppe der neurasthenischen Pseudopsychosen entwickelt sich die geistige Hemmung einseitig zur gedanken- und gefühlslosen Apathie, das sind ausnahmslos intensiv peinliche Erschöpfungszustände, meist mit den allerheftigsten körperlichen Symptomen, oft von hysterischem Gepräge, verknüpft. „Die Lust zur „Apperception“ der äusseren Reize ist überhaupt abgestumpft....“ Diese Zustände können leicht mit den Anfängen der depressiv-manischen Psychose oder der Dementia präcox verwechselt werden. Endlich hebt Friedmann eine dritte Untergruppe heraus: die schweren angstvollen nervösen Ueberreizungszustände; bei ihnen besteht eine entschieden hohe Selbstmordgefahr (auf Grund krankhafter Angstgefühle); Besonnenheit und Selbstbeherrschung geht verloren. Die Unterscheidung gegenüber der echten Melancholie kann sehr schwierig werden und man kann im Einzelfalle Zweifel hegen, ob etwa eine regelrechte Neurasthenie sich in eine regelrechte depressive Psychose umgewandelt oder

fortentwickelt habe, besonders wenn schwere hypochondrische Erregungen vorliegen.

Zu der Unterscheidung der psychischen Erscheinungen bei Neurasthenien von eigentlichen Psyschosen giebt Friedmann folgende, für ziemlich 99% der Neurasthenie zutreffenden Regeln: Erhaltenbleiben der vollen Zurechnungsfähigkeit und des Widerstrebens der Nervöserkrankten gegen ihre psychischen Abnormitäten (Gereiztheit, Verstimmung, Uebertreibungen, Hemmungsimpulse, Zwangsideen u. a.), während dagegen ein Patient, der behauptet, eine nicht vorhandene Feindschaft, eine eingebildete Selbstanklage sei korrekt gedacht, im allgemeinen nicht mehr bloss nervös ist. Ferner: der depressive Affect in der Neurasthenie entsteht immer nur secundär, d. h. von aussen her durch thatsächliche und logisch begründete Kümmernisse, Sorgen etc., wie beim normalen Menschen, aber beim neurasthenischen auf Grund einer Uebererregbarkeit und psychischen Hyperästhesie gegenüber dem deprimirenden Momente. Es entstehen keine Wahnideen; Thun und Lassen der Neurastheniker bewahrt immer den Gesammtcharakter der Vernünftigkeit, krankhafte Motive und Stimmungen sind nur von momentaner Wirkung. Bei den Psychosen ist der Affect ein primärer, von innen heraus kommender. Eine Ausnahme von diesen Regeln bilden eben obige 3 Gruppen von psychisch stärker alterirten Neurasthenikern. Aber auch diese werden durch einen Umstand deutlich von depressiven Psychosen geschieden, nämlich durch „die Fähigkeit zur unmittelbaren (günstigen) Reaction auf die causal wirkende Anstaltsbehandlung.“*) Da und dort kann der Erfolg ausbleiben und die Differentialdiagnose wird dann unmöglich. — Ich habe die Darlegungen Friedmann's ausführlicher wiedergegeben, weil durch sie meines Wissens zum ersten Mal in befriedigender Weise der Unterschied zwischen der neurasthenischen Depression und der Depression bei Geistesstörungen veranschaulicht wird. Man muss ihm beistimmen, dass es von der grössten Wichtigkeit ist, im gegebenen Falle diese Unterscheidung vorzunehmen, sowohl wegen der rechtlichen Consequenzen (Zurechnungsfähigkeit), als auch wegen der Behandlung, da man die Irrenanstalt

*) d. h. nicht in einer Irrenanstalt, sondern Nervenheilanstalt.

fast stets wird vermeiden können, während Trennung von Geschäft und Familie und baldige Behandlung in einer Nervenheilanstalt zu veranlassen ist. —

Darin, dass Neurasthenie vielfach zu Alkoholismus und Morphinismus führt, oder mit anderen Worten, dass ihnen Neurasthenie und nervöse Symptome vorausgehen, stimmen alle Autoren überein; manche gehen sogar soweit, sie als den hauptsächlichsten Ausgangspunkt dieser beiden Krankheiten anzusehen, letzterer Ansicht schliesse ich mich an. Ich glaube nicht, dass es eine primäre Trunksucht giebt. Von Haus aus gesunde Menschen können wohl je nach den äusseren Verhältnissen zeitweise mehr als bekömmlich trinken, sie können sich auch häufig betrinken, aber sie werden nicht trunksüchtig, sie können unter anderen Verhältnissen und wo es irgendwie geboten erscheint, den Alkohol ohne Mühe entbehren. Die Trunksüchtigen aber sind durch Anlage oder aus späteren Ursachen neuropathische Leute, denen das Gasthaus die Apotheke, der Alkohol die Arznei, freilich nicht die richtige, ist. Der Begriff Trunksucht wird nur noch zu eng gefasst, da er nur die schwierigen und deletären Formen, diejenigen Trunksüchtigen, die Symptome von Geistesstörung bieten, umgreift, nicht aber die unendlich zahlreichen Individuen, die jeden Mittag und jeden Abend in die Alkoholapotheke gehen, um die dunklen, ihnen selbst nicht deutlich bewussten Unlustgefühle und die leise Erschlaffung auf Stunden zu beseitigen. Gäbe es keinen Alkohol, so gäbe es — ceteris paribus — zwar weniger „Alkoholiker“, aber um so mehr Neurastheniker, und das wäre nicht so traurig.

Es mag zugegeben werden, dass die Trunksucht eine besondere, namentlich durch verminderte Willenskraft und infolgedessen stärker hervortretende Triebe ausgezeichnete Form der Neurasthenie ist. Von der Beschaffenheit und Prognose dieser den Hintergrund der Trunksucht bildenden Neurasthenie hängt auch die Prognose der Trunksucht ab. —

Auch das Delirium tremens hat zuweilen ein bis zu 12 Tagen andauerndes Vorläuferstadium, in welchem der Kranke an Verdauungsstörungen, Schlaflosigkeit, ängstlichen Träumen, Aufschrecken im Schlaf, Verstimmung, Gereiztheit, Kopfweh Schwindel, Unruhe in den Gliedern, Tremor der Finger und der

Zunge, Herzbeklemmungen, Ohrensausen, Ueberempfindlichkeit der Sinnesorgane leidet. —

* * *

Wir haben gesehen, dass Kopfschmerz und „Kopfdruck“ sehr häufige Vorboten einer Geisteskrankheit sind. Das will zunächst nichts besonderes besagen. Denn Kopfschmerz tritt in der Regel im Beginn von Infectionskrankheiten, die nicht im Gehirn localisirt sind, wie bei Typhus und Influenza, auf, ferner neben Kopfdruck oder solcher allein bei Vergiftungen mit Quecksilber, Kohlenoxyd, Blei, Kohlensäure, Chinin, Coffeïn, Nicotin, Alkohol und vielen anderen Stoffen, endlich bei den verschiedenen Arten der Blutarmuth, bei der Zuckerkrankheit, bei Leukämie, bei Erkrankung der Nieren (Harnstoffvergiftung) und bei Obstipation und Verdauungsstörungen. Aber gerade angesichts dieser Häufigkeit des Kopfschmerzes als initialen Symptoms bei einer solchen Menge von Allgemeinerkrankungen werden wir daraufgeführt, auch den Kopfschmerz, der — oft Monate lang — einer Geisteskrankheit vorausgeht, und letztere selbst als die Wirkung einer allgemeinen und zwar vom Blute aus den Organismus schädigenden noch unbekannten Ursache zu betrachten. Andererseits tritt bezüglich dieses initialen Kopfschmerzes und Kopfdruckes, die man als „präpsychotische“ bezeichnen könnte, die Verwandtschaft der Geisteskrankheiten mit der Neurasthenie deutlich zu Tage. Nach meinen Erfahrungen ist der sogen. neurasthenische Kopfschmerz, wie ihn z. B. Windscheid*) schildert, mit dem präpsychotischen hinsichtlich seiner Aeusserungsweise fast identisch. Der neurasthenische Kopfschmerz kommt hauptsächlich bei der cerebralen Form der Neurasthenie vor und bildet hier das Hauptsymptom der Krankheit. Es ist meist nicht ein eigentlicher Schmerz, sondern vielmehr eine Empfindung wie Druck, Schwere und Eingenommenheit im Kopfe, ein Gefühl als wäre ein Reifen um die Stirn gelegt, als ob der Kopf mit einem eisernen Helm zusammengepresst würde, oder ein Bleigewicht am Kopf hänge.

*) Franz Windscheid, Prof. Dr., Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes. Halle a. S. 1897. C. Marhold.

Zuweilen empfinden die Kranken ein Drängen von innen, als wenn alles aus den Augen heraus wollte oder der Kopf auseinander gerissen würde. Daneben bestehen Gefühle von Klopfen, Sausen und Schwirren im Kopf, Parästhesien der Kopfhaut (Jucken, Wogen), und leichtes Ziehen an den Haaren wird schon schmerzhaft empfunden. Diese Empfindungen sitzen vorzugsweise an der Stirn über den Augen, in den Schläfen und am Hinterkopf, ziehen auch oft von einer Stelle auf die andere. Im Schlafe schwindet dieser neurasthenische Kopfschmerz in der Regel, tritt aber schon bald mit oder nach dem Erwachen wieder auf; durch psychische Erregungen und geistige Ueberanstrengungen wird er gesteigert, durch Ablenkung gemildert. Die objective Untersuchung ergiebt höchstens eine geringe Empfindlichkeit auf Druck oder Klopfen auf den Kopf, ohne dass sich dieselbe auf bestimmte Stellen des letzteren localisiren liesse; sie betrifft den ganzen Schädel; auch sind die Nerven an ihren Austrittsstellen aus diesem nicht druckempfindlich. Kranke, die an diesem Kopfschmerz und Kopfdruck leiden, neigen zu hypochondrischer Gedankenrichtung (Gedanken an unheilbare Gehirn- oder Geisteskrankheit). Materielle Veränderungen konnten als Ursache dieses neurasthenischen Kopfschmerzes bisher nicht nachgewiesen werden. Windscheid nimmt an, dass Circulationsstörungen dabei eine Rolle spielen; häufig liegt Blutarmuth zu Grunde.

Auf die Bedeutung des Kopfschmerzes bei manisch-depressivem Irresein hat kürzlich Diehl*) hingewiesen an der Hand zweier Beobachtungen, bei denen die Kopfschmerzen wegen ihrer Heftigkeit so im Vordergrunde standen, dass Jahrzehnte lang die daneben hergehende Depression übersehen und die Kranken nur wegen Kopfschmerzen behandelt wurden. Diese letzteren traten besonders beim Eintritt der Depression auf. Interessant ist, dass bei dem einen dieser Fälle die Kopfschmerzen in der manischen Phase fehlten, in der Depression wieder kamen!

Die Bezeichnung „Kopfdruck“, welche in der Vorgeschichte der Geisteskranken so häufig vorkommt, entstammt nicht

*) Diehl, Der Kopfschmerz beim manisch-depressiven Irresein. Monatsschrift f. Psychiatrie 1904. XV. S. 419.

bestimmten objectiv nachweisbaren Druckerscheinungen im Gehirn oder Kopf, sondern der subjectiven Angabe der Kranken. F. Runge*) fand im Laufe von $2^1/_2$ Jahren unter 1200 Patienten seiner Nervenheilanstalt 200, welche über dieses Symptom klagten. Bei nur einem ziemlich kleinen Bruchtheil der letzteren (20%) war daneben auch Kopfschmerz vorhanden, dagegen bestand daneben Eingenommenheit, Schwere im Kopfe, Gefühl eines um den Kopf festgelegten Reifens oder von Leere im Kopf. Manche haben auch das Gefühl, als müsste ihnen im nächsten Augenblick das Bewusstsein vergehen oder als könnten sie nicht weiter denken oder reden. Häufig wurde über ein dumpfes Rollen im Kopfe geklagt, seltener seitens der Augen über Verdunkelungen oder Funkensehen. Nur in der Hälfte der Fälle fehlte neben dem Kopfdruck die psychische Verstimmung; bei einem Sechstel fand sich neben demselben eine stark hypochondrische oder melancholische Verstimmung und bei einem guten Drittel Melancholie. Bei dieser Aufrechnung waren von vornherein sämmtliche Fälle ausgeschlossen, in denen der fernere Verlauf das Vorhandensein eines deletären Prozesses im Gehirn wahrscheinlich machte. Eine scharfe Grenze zwischen den Fällen von Kopfdruck mit Melancholie und Verstimmung und denen ohne solche liess sich nicht ziehen. Die Verstimmung äusserte sich in Angstgefühlen der verschiedensten Art. Das geistige Arbeiten wird in hohem Grade beeinträchtigt, die Intelligenz jedoch nicht gestört. Erhöhte Reizbarkeit, Abnahme der Widerstandsfähigkeit gegen unangenehme Eindrücke, Abnahme der Energie kommt häufig vor, auch wo keine Verstimmung vorhanden. Schlaflosigkeit verbindet sich mit Kopfdruck, häufig aber auch Schlafsucht. Die Arter. temporalis wurde in einer grossen Zahl der Fälle erweitert getroffen; sie verschwand mit der Beseitigung des Kopfdrucks.

Runge spricht zwar von dem Symptom des Kopfdrucks, insofern er die Fälle von progressiver Paralyse und anderen grobanatomischen Erkrankungen des Gehirns, auch diejenigen von seiner Betrachtung ausschliesst, wo Nasen-, Augen-, Ohren-,

*) F. Runge (Nassau), Ueber Kopfdruck. Arch. f. Psychiatrie 1876.

etc. -leiden Ursache des Kopfdruckes sind, er spricht aber auffallender Weise nicht davon, ob und in welcher Beziehung der Kopfdruck zu anderen Arten der Geistesstörungen als der Melancholie steht. Wir lernten ja solche Beziehungen kennen. Er sagt vielmehr, dass vollständige Heilung und anhaltende Besserung sogar bei zwanzigjähriger Dauer des Leidens noch eintreten. Aus seiner Statistik geht hervor, dass die Affection ausserordentlich lange (bis 25 Jahre dauerte sie in einem Falle) bestehen kann, ohne zu einer bleibenden materiellen Veränderung des Gehirns zu führen. Allerdings hat er bei dieser Zählung die Fälle mit Melancholie ganz ausgeschlossen, „da sich bei ihnen die Verhältnisse vielfach besonders gestalten;“ über deren Verlauf näheres zu wissen, wäre gerade besonders erwünscht gewesen.

---

## Schlussbetrachtung.

Nach dem Vorstehenden darf es als Regel gelten, dass die Neurasthenie nur in einer sehr geringen Procentzahl der Fälle in Geistesstörung übergeht. In diesen bedarf es zur Entstehung der Geisteskrankheit meistens neben einer von Haus aus vorhandenen Disposition noch eines intensiv wirkenden äusseren Moments.

Häufiger führt die nervöse Erschöpfung, die keinesfalls mit der Neurasthenie identisch ist, zu Geistesstörung, aber auch hier muss sich zu der Ursache der Erschöpfung noch ein neues nervenzerrüttendes Moment hinzugesellen. — Die Erschöpfungspsychosen bilden eine durch Symptome und Verlauf ziemlich scharf gekennzeichnete psychische Krankheitsform, wenn auch aus anderen Ursachen entstandene Geisteskrankheiten mit ihnen manches ähnlich haben können. Sie sind die Vorzugspsychose der Ehefrauen ärmerer Volksklassen (Schwächung des Nervensystems durch die Trilogie: zahlreiche Geburten, Ueberanstrengung mit häuslichen oder Lohnarbeiten, Nahrungssorgen).

Bei dem grösseren Theil der Psychosen sind die ihrem Ausbruch voraufgehenden nervösen Erscheinungen — der Status nervosus Schüle's*) — nur äusserlich der Neurasthenie gleich; sie sind die erste Etappe in dem gesetzmässigen Ablauf dieser Psychosen.

Wir können ferner auf Grund unserer Studie zwei Gesetze aufstellen:

1. Jede Geisteskrankheit beginnt mit körperlichen, speciell nervösen Symptomen.

2. Keine Geisteskrankheit beginnt mit krankhaft heiterer Stimmung.

Man wird ferner den Eindruck gewonnen haben, dass trotz der grossen Verschiedenartigkeit der einzelnen (vollentwickelten) Geisteskrankheiten die Vorboten bei

*) gesteigerte nervöse Erregbarkeit mit dem Charakter der Schwäche d. h. einer verminderten Reizschwelle.

denselben in weitem Masse übereinstimmende und uniforme sind.

Knüpfen wir nun an die in der Einleitung citirten Worte A. Cramer's über die Vorbeugung von Geistesstörungen an. In dieser Hinsicht zeigt unsere Studie, dass es der Möglichkeiten genug giebt, dem Ausbruch einer Geisteskrankheit durch frühzeitige Behandlung Einhalt zu thun. Die günstigsten Erfolge werden bei den Erschöpfungszuständen gezeitigt werden. Dass hierfür in erster Linie die Behandlung in Nervenheilanstalten in Betracht kommt, möchte ich an dieser Stelle nicht weiter ausführen; es bedarf auch keiner weiteren Begründung, da ja in den Heilanstalten für wohlhabende Nervenkranke schon der Beweis für die Nothwendigkeit solcher Institute an sich längst und in hunderten von Exemplaren gegeben ist.

Aber gerade das Beispiel des wohlhabenden Nervenkranken, speciell des nervös Erschöpften, der jährlich oder alle 2 bis 3 Jahre 4 bis 6 Wochen ausspannt und sich Erholung gönnt, weist darauf hin, dass es auch bei dem Unbemittelten nicht immer nur die Anstalt ist, die Rettung bringt. Vor kurzem machte Dr. med. Fr. Keller*) den beachtenswerthen Vorschlag, es möge Industriearbeitern und wirthschaftlich Schwachen ermöglicht werden, ihre mit vielen unvermeidlichen Gefahren verknüpfte Berufsthätigkeit wenigstens zeitweise mit gesundheitbringender Arbeit auf dem Lande zu vertauschen. Die Versicherungsanstalten sollen diese Sache in die Hand nehmen; dieses Vorbeugungs- und Heilmittel würde keine grossen Kosten verursachen und daher weiten Kreisen zugänglich sein; ja eine solche vorübergehende zweckmässige Beschäftigung mit landwirthschaftlichen Arbeiten würde, abgesehen von ihrem Heilwerth, dem Kurbedürftigen noch den täglichen Unterhalt bieten. Ob auch in vielen Fällen sogar klingenden Lohn, wie Keller meint, möchte ich vorläufig dahingestellt sein lassen; bei dem zeitweiligen Arbeitermangel auf dem Lande wäre es immerhin nicht ausgeschlossen. In England sollen die Arbeiter bereits mancherorts Urlaub und Ferien erhalten und die Einrichtung soll sich bewährt haben.

*) Beurlaubung von Industriearbeitern zur Beschäftigung in landwirthschaftlichen Betrieben unter Mitwirkung der socialen Versicherungsanstalten. Ein Vorbeugungs- und Volksheilmittel gegen Nervenkrankheiten. Von Dr. med. Friedrich Keller, prakt. Arzt. Leipzig, 1905. J. A. Barths.

Freilich kann es sich hier nur um solche Personen handeln, die zu einer kurgemässen Beschäftigung fähig und von dem gesundheitlichen Werthe der Beschäftigung im Freien überzeugt sind, nicht um solche, die, mit Widerwillen gegen die Arbeit, durch Nichtsthun dem Bauer noch seine fleissigen Leute zum Müssiggang aufreden oder verleiten. Bei schweren Fällen von Neurasthenie und nervöser Erschöpfung wird allerdings die Anstaltsbehandlung vorzuziehen sein. Es handelt sich ja auch bei letzterer nicht nur um solche Kranke, die vor dem geistigen Zusammenbruch bewahrt werden sollen, sondern es fehlt überhaupt für arme Nervenkranke an geeigneten Sanatorien.

Schliesslich scheint es auch nicht absolut ausgeschlossen, dass die rechtzeitige Behandlung in einer Nervenheilstätte selbst bei Personen, deren neurasthenische Symptome das Anfangsstadium einer infausten Geisteskrankheit sind, eine Besserung erzielt. Ist es ja oft Wochen, selbst Monate hindurch gar nicht möglich, aus diesen Symptomen einen sicheren Schluss auf den späteren Lauf der Dinge zu ziehen. Es wäre recht nützlich über den Erfolg rechtzeitiger Behandlung solcher Fälle Erfahrungen zu sammeln. Selbst bei der progressiven Paralyse, die fast ausnahmslos nach einigen Jahren tödlich endet, sagt Hoche*), dass im Prodromalstadium nicht immer die Verbringung in eine geschlossene Irrenanstalt nöthig ist, um die Bedingungen für das Eintreten von Remissionen und Besserungen zu schaffen, die es ermöglichen, die Kranken zeitweise, manchmal für Jahre, ihrem Berufe oder doch ihrer Familie wiederzugeben. „....Bei ruhigen, noch geordneten Kranken, z. B. solchen mit neurasthenischen Symptomen, kommen für die frühesten Stadien auch die offenen Nervenheilanstalten in Betracht, vorausgesetzt, dass in der Person ihres Leiters die Garantien für richtige Würdigung des Krankheitszustandes gegeben sind.“

Auf der anderen Seite giebt es zahlreiche Fälle anscheinend einfacher, aber fest eingewurzelter Neurasthenie, Hypochondrie und Hysterie, für deren Heilung oder erhebliche Besserung man von den Nervenheilstätten nicht viel erwarten darf. Ueberhaupt wäre es thöricht, in diesen das Allheilmittel gegen geistige und nervöse

---

*) A. Hoche, Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Halle a. S. C. Marhold. 1900. II. Auflage.

Erkrankungen zu sehen. Was bedeutet die Heilarbeit in diesen Häusern gegen die unzähligen Schäden, welchen das menschliche Leben in der Arbeit und im Kampf ums Dasein ausgesetzt ist, was bedeutet sie gegen die Sünden, die täglich an der Gesundheit durch unvernünftige Lebensführung verübt werden, gegen die vielen Factoren der Entartung (Alkohol, Geschlechtskrankheiten etc.)?

Wie und von wem diese Sanatorien errichtet werden sollen, möge hier unerörtert bleiben; es würde nur wiederholt werden können, was bereits bei den vorhandenen und den im Entstehen begriffenen Volksnervenheilstätten Gegenstand eingehender und reiflicher Erwägungen, Berathungen und Beschlussfassungen gewesen ist.*) Solche ihrer Errichtung entgegensehenden Heilstätten sind die des Vereins „Rheinische Volksheilstätten für Nervenkranke, G. m. b. H.", in Düsseldorf, der Stadt Frankfurt a. M., der Carl Zeiss-Stiftung in Jena, die Anstalt des badischen Vereins zur Errichtung einer Volksnervenheilstätte. In Baden wird voraussichtlich auch staatlicherseits eine solche errichtet werden.

Meines Erachtens müssen diese Volksnervenheilstätten auch die Aufgabe der Trinkerbehandlung übernehmen. Ich habe oben schon bemerkt, dass ich eine Trunksucht als Krankheit sui generis nicht gelten lasse, sondern nur als eine Form der Neurasthenie. In der Existenz von Trinkerheilstätten kommt so recht deutlich die Anerkennung einer Sonderstellung des Nervengiftes Alcohol zum Ausdruck. Der unzurechnungsfähige, gemeingefährliche Trinker gehört in die Irrenanstalt; derjenige Trinker aber, der selbst das Verlangen hat, sich von seinem Alkoholtriebe zu befreien, in die Nervenheilanstalt, wo auch das Grundübel, die Nervenschwäche, behandelt werden wird.

---

Sollte diese Schrift dazu beitragen, dass 1. das Studium der allerfrühesten Symptome der Geisteskrankheiten mehr als bisher gepflegt wird, 2. die regen Bestrebungen nach Errichtung von Volksnervenheilstätten munter vorwärts schreiten, so würde der Verfasser darin reichen Lohn für seine geringe Arbeit sehen.

*) Näheres darüber und die einschlägige Litteratur siehe in der Schrift von Sanitätsrath Dr. Peretti, Ueber den jetzigen Stand der Nervenheilstätten-Bestrebungen. Halle a S. 1903. C. Marhold.

Heynemann'sche Buchdr., Gebr. Wolff, Halle (S.).